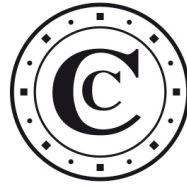


Cour des comptes



LES MÉDECINS ET LES PERSONNELS DE SANTÉ SCOLAIRE

Communication à la commission des finances, de l'économie générale
et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale

Avril 2020

Sommaire

PROCÉDURES ET MÉTHODES	5
SYNTHÈSE	7
RECOMMANDATIONS	13
INTRODUCTION	15
CHAPITRE I LES DIFFICULTÉS PERSISTANTES DE LA SANTÉ SCOLAIRE, UNE PERFORMANCE TRÈS INFÉRIEURE AUX OBJECTIFS	19
I - UN PARTAGE DES MISSIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SCOLAIRE SOURCE DE DIFFICULTÉS D'APPLICATION	19
II - UN EFFORT BUDGÉTAIRE SOUTENU, UN DÉFICIT DE MÉDECINS SCOLAIRES	22
A - Une masse salariale en progression sans unité budgétaire	22
B - Une croissance des effectifs infirmiers plus rapide que la population scolarisée.....	24
C - Des effectifs de médecins en nette diminution, une forte dégradation de l'encadrement	26
III - UNE PERFORMANCE NON SUIVIE, TRÈS EN DEÇÀ DES OBJECTIFS	28
A - Une opacité de l'activité due à une grève administrative, une évaluation inexistante	29
B - Des taux de réalisation des visites obligatoires très insuffisants	31
C - Une mission d'éducation à la santé reléguée au second rang.....	38
CHAPITRE II UN PILOTAGE DISTENDU À L'ORIGINE D'UNE PERTE D'EFFICIENCE	41
I - DES MESURES FAVORABLES À LA SANTÉ SCOLAIRE DE PORTÉE RESTREINTE	41
A - La mobilisation des expertises autour de la santé scolaire.....	41
B - Des progrès ponctuels depuis le précédent rapport de la Cour.....	42
II - UNE GESTION TRÈS CLOISONNÉE DES PERSONNELS ET DES MÉTIERS	46
A - Des disparités de dotation de personnels peu explicables.....	46
B - Une gestion des métiers en silos, des personnels peu encadrés.....	47
C - Des missions à faire évoluer pour mieux répondre aux besoins.....	51
D - Des temps de travail trop calqués sur les obligations de service hebdomadaires des enseignants.....	53
E - Des conditions de travail insatisfaisantes	56
F - Des logiciels professionnels obsolètes et séparés, en attente de refonte	58
G - Une formation continue insuffisante	59
III - UNE UNITÉ DE VUE DÉFICIENTE AU PLAN NATIONAL ET EN ACADÉMIES	59
A - Le cloisonnement des métiers de santé scolaire répliqué au sein de la DGESCO	59
B - Une coordination académique préconisée par le ministère, non mise en œuvre ou sans effets probants.....	60
C - La pluralité confuse des organisations académiques pour les visites obligatoires	62
CHAPITRE III UNE ORGANISATION À REVOIR	67
I - CRÉER UN SERVICE ACADÉMIQUE DE LA VIE ET DE LA SANTÉ DE L'ÉLÈVE	67
A - Restaurer une unité d'action et de management.....	67
B - Améliorer les conditions courantes d'exercice des métiers de santé scolaire	69
II - REVOIR LE PARTAGE DES TÂCHES ENTRE MÉDECINS ET INFIRMIERS	69
III - DOTER LE MINISTÈRE D'UN CONSEIL DE LA SANTÉ SCOLAIRE, RENDRE COMPTE DES RÉSULTATS DU SERVICE PUBLIC	70

IV - DÉVELOPPER LA COMPLÉMENTARITÉ AVEC LA MÉDECINE LIBÉRALE	71
V - SYSTÉMATISER LA CONTRACTUALISATION AVEC LES PARTENAIRES DE LA SANTÉ PUBLIQUE	72
A - Avec les ARS, étendre des contractualisations fructueuses	72
B - Avec l'assurance maladie, renforcer le partenariat opérationnel	73
CONCLUSION GÉNÉRALE	77
LISTE DES ABRÉVIATIONS	79

Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des six chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour, ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, tant dans l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que dans l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'indépendance institutionnelle des juridictions financières et statutaire de leurs membres garantit que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La contradiction implique que toutes les constatations et appréciations ressortant d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La collégialité intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication.

Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Leur rapport d'instruction, comme leurs projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une chambre ou une autre formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles. Il en va de même pour les projets de rapports publics.

La Cour des comptes a été **saisie par le président de la commission des finances de l'Assemblée nationale**, par lettre du **11 juillet 2019**, en application du 2° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances (LOLF), d'une demande d'enquête portant sur « les médecins et personnels de santé scolaire ». Dans une lettre du 4 septembre 2019, le Premier président a accepté cette demande et a précisé les modalités d'organisation des travaux demandés à la Cour, s'engageant à remettre le rapport à partir du mois d'avril 2020.

À la suite de ces échanges, en accord avec le président de la commission des finances de l'Assemblée nationale, il a été décidé de retenir comme périmètre de l'enquête les personnels de l'éducation nationale suivants : les médecins, les infirmiers, les assistants de service social et les psychologues de l'éducation nationale qui participent au repérage et au suivi des troubles de l'apprentissage susceptibles d'entraver la scolarité des élèves. Il a été convenu que l'enquête examine les thèmes suivants : l'organisation des services pour apprécier l'efficacité des collaborations entre ces quatre métiers complémentaires, la répartition des effectifs sur le plan national et en académies, leur pilotage et le suivi de leur performance, les questions de rémunération, de recrutement et de formation, enfin les collaborations existantes ou à développer avec les acteurs de la santé (médecine de ville, agences régionales de santé -ARS -, collectivités territoriales).

*

**

La troisième chambre de la Cour des comptes a conduit ses investigations auprès des services concernés des ministères de l'éducation et de la santé et de **cinq académies** (Bordeaux, Lille, Nancy-Metz, Paris, Toulouse), au sein desquelles l'enquête s'est déployée dans les rectorats, les services départementaux de l'éducation nationale (DSDEN), les écoles et les établissements du second degré.

Trois questionnaires ont été adressés :

- l'un à toutes les académies (bilan des moyens de la santé scolaire et de l'exécution des principales missions) ;
- un deuxième à toutes les ARS (panorama des collaborations interministérielles) ;
- enfin un dernier aux onze villes¹ délégataires de missions de santé scolaire.

Des entretiens ont été conduits avec deux de ces villes, quatre ARS, la caisse nationale d'assurance maladie, Santé publique France (SPF) et divers acteurs syndicaux et associatifs.

Après avoir été délibéré le 16 décembre 2019 par la troisième chambre, un relevé d'observations provisoires a été adressé, le 21 janvier 2020, à la secrétaire générale du ministère de l'Éducation nationale, au directeur général de l'enseignement scolaire, au directeur général de la santé, à la directrice générale de l'offre de soins et à la directrice du budget². Toutes les réponses écrites ont été obtenues des administrations qui, pour celles principalement concernées ont été auditionnées, ainsi que les syndicats des personnels de santé et les associations de parents d'élèves.

Le rapport définitif a été délibéré le 3 mars 2020, par la troisième chambre présidée par Mme Moati, présidente de chambre et en formation composée de MM. Lefebvre, Potton, Guillot et Mme Vergnet, conseillers maîtres, ainsi que, en tant que contre-rapporteur, M. Barbé, conseiller maître, et, en tant que rapporteurs, Mme Riou-Canals, conseillère maître, Mme Boussarie, rapporteure extérieure et MM. Pernias et Vannier, vérificateurs.

Il a ensuite été examiné et approuvé le 31 mars 2020 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de Mme Moati, doyenne des présidents de chambre, première présidente par interim, M. Morin, Mme Pappalardo, rapporteure générale du comité, MM. Andréani, Terrien, Charpy, Mme Podeur, présidents de chambre, M. André Barbé, président de section à la 3^e chambre, et Mme Hirsch de Kersauson, procureure générale, entendue en ses avis.

Ce rapport est accompagné **d'un cahier de 26 annexes** qui retracent notamment, pour chaque département, les moyens en personnels disponibles et les taux de réalisation des examens de santé obligatoires. Elles détaillent également l'organisation et les actions mises en œuvre par les services municipaux de santé scolaire dans les villes délégataires ainsi que la collaboration entre les ARS et l'éducation nationale.

¹ Antibes, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon, Nantes, Paris, Rennes, Strasbourg, Vénissieux, Villeurbanne.

² Par ailleurs, ont été destinataires d'un extrait du relevé d'observations provisoires : la secrétaire générale des ministères des affaires sociales, le directeur général de l'administration et de la fonction publique, le directeur général de la caisse nationale de l'assurance maladie, la directrice générale de Santé publique France et les maires des onze villes délégataires de diverses missions de santé scolaire relevant de l'État.

Synthèse

Les médecins et les personnels de santé scolaire exercent des missions dont l'importance est reconnue au sein de l'éducation nationale mais qui apparaissent comme une priorité de second rang au regard du cœur de métier du ministère : la mission d'instruction.

Le bon exercice des missions de ces personnels est pourtant une des conditions essentielles de la réussite de la politique éducative ; il constitue aussi une contribution importante à la politique de santé publique.

Ces enjeux sont identifiés par la loi du 8 juillet 2013 de refondation de l'école de la République qui a assigné à la santé scolaire deux objectifs : réussite scolaire et réduction des inégalités en matière de santé. Le projet d'une école inclusive, capable d'accueillir tous les enfants, quelles que soient leurs difficultés de santé, n'est en outre réalisable qu'adossé à un dispositif de santé scolaire performant. Pour la politique de santé publique dont la prévention est une priorité, la santé scolaire est, comme la protection maternelle et infantile (PMI), un dispositif crucial en raison des objectifs de dépistage obligatoires qui concernent toute une génération, notamment à la 6^e année des enfants scolarisés.

Or le dispositif de santé scolaire, qui s'appuie non seulement sur les médecins et les personnels infirmiers et de service social, mais aussi sur les psychologues de l'éducation nationale, fort au total de plus de 20 000 équivalents temps plein, connaît des difficultés endémiques sur lesquelles l'attention des pouvoirs publics est régulièrement appelée.

Une pénurie de médecins scolaires

Pour les élèves, les familles et les équipes éducatives, la santé scolaire est surtout incarnée par les personnels infirmiers : ce sont les professionnels de santé les plus nombreux (près de 8 000 équivalents temps plein), les plus disponibles tant pour l'accueil des élèves, avec des compétences très larges au titre des consultations infirmières, que pour l'éducation à la santé en lien avec les enseignants. Ils sont particulièrement présents dans les établissements du second degré qui sont leur lieu d'affectation. Le taux d'encadrement infirmier des élèves s'est redressé depuis plusieurs années pour s'élever à 1 300 élèves par personnel infirmier fin 2018.

L'activité des médecins, beaucoup moins nombreux (moins d'un millier d'équivalents temps plein), est largement absorbée par les bilans de santé individuels obligatoires et l'adaptation de la scolarité des élèves à besoins éducatifs particuliers, en situation de handicap ou atteints de pathologies chroniques.

Bien que des crédits soient ouverts, un tiers des postes de médecins de l'éducation nationale (contractuels compris) sont vacants et le nombre de médecins scolaires a chuté de 15 % depuis 2013. Ainsi le taux d'encadrement des élèves s'est dégradé de 20 % en cinq ans pour atteindre en moyenne nationale un médecin pour 12 572 élèves en 2018. Le taux d'encadrement a chuté dans 75 départements et dans 31 d'entre eux au-delà de 40 %.

Le ministère bute sur des difficultés pour renouveler des effectifs vieillissants pour lesquels les prévisions de départs en retraite excèdent largement le rythme annuel de recrutement par voie de concours qui ne permettent de pourvoir que moins de la moitié des postes offerts. Ce problème, qui tient d'abord à la démographie médicale d'ensemble, dépasse l'éducation nationale, même si elle a tenté d'améliorer l'attractivité du métier par une revalorisation des rémunérations, sans effet décisif jusqu'ici.

Pour autant, ce seul facteur ne saurait expliquer la performance très médiocre de la santé scolaire.

Une performance très en deçà des objectifs de dépistages obligatoires due à une organisation défaillante

En dehors des dépistages obligatoires, médecins et infirmiers s'investissent dans le suivi des problèmes de santé des élèves, qu'il s'agisse, en lien avec les familles, de leur accès aux soins et de l'aménagement de leurs conditions de scolarité ou de procéder à des consultations médicales ou infirmières à la demande de l'équipe éducative, de l'élève ou de sa famille. En cas de maladie transmissible survenant dans le cadre scolaire, ils organisent la réponse sanitaire.

Dans cet ensemble de missions, les dépistages obligatoires demeurent néanmoins des moments-clés du parcours de santé de l'élève. Or, entre les années scolaires 2013 et 2018, le taux de réalisation de la visite de la 6^e année de l'enfant par les médecins scolaires, déterminante au début des apprentissages scolaires, a chuté de 26 %, taux déjà historiquement bas, à 18 %. Moins d'un enfant sur cinq en bénéficie alors qu'elle est en principe universelle. Ce taux moyen recouvre de fortes disparités : sur les 99 départements pour lesquels un taux a pu être calculé, 34 sont en dessous de 10 % de réalisation tandis que 20 ont un taux supérieur à 30 %.

Le bilan infirmier de la 12^e année a progressé mais n'est réalisé que pour 62 % de l'ensemble des élèves et, pour ceux des établissements publics, qu'à hauteur de 78 %. La charge moyenne annuelle par personnel infirmier est estimée à 83 bilans (106 avec l'enseignement privé) ce qui constitue un niveau de performance à atteindre dix fois inférieur à la charge des médecins pour la visite de la 6^e année (803). La charge par département va de un à trois, illustrant une allocation des ressources infirmières loin d'être optimale. Les départements ruraux sont plutôt relativement bien dotés en raison du nombre plus élevé de collègues de petite taille.

En l'état actuel de la législation, les visites médicales d'aptitude, préalables à l'affectation à des travaux réglementés pour les élèves mineurs de l'enseignement professionnel, doivent être toutes réalisées, quitte à mettre en place des solutions complémentaires ou palliatives par des consultations médicales externes, ce que seuls quelques établissements ont fait. Elles ne sont effectives que pour 80 % des lycéens concernés pour les seuls élèves du public et ne sont systématiquement faites que dans 60 départements. Cette situation expose les élèves à de potentiels accidents de formation et met en jeu la responsabilité des chefs d'établissement d'enseignement professionnel. On compte du reste parmi les élèves des filières correspondantes de l'enseignement professionnel beaucoup de jeunes en situation de fragilité sociale et familiale pour lesquels l'accès aux soins est réduit, voire inexistant, la santé scolaire représentant alors leur seule chance d'être examinés par un médecin.

Les difficultés persistantes de la santé scolaire, dotée de 1 260 M€ en 2019, ne tiennent pas à un manque de moyens budgétaires : sa masse salariale a cru de 12 % depuis 2013.

Un effort important a été consenti pour mettre à niveau les dotations en personnels infirmiers : leurs effectifs ont augmenté de 40 % en 20 ans, alors que les effectifs scolaires sont restés stables, et depuis 2013 de 4 %. Sur cette dernière période, la croissance des effectifs d'assistants sociaux et de psychologues a été respectivement de 9 % et de 5,2 %, avec un effort particulier pour les psychologues affectés au premier degré d'enseignement, soit 9 %.

Par ailleurs, le ministère dispose des emplois nécessaires pour recruter 30 % supplémentaires de médecins de l'éducation nationale. Certes, pour rendre attractifs les emplois de médecin, une revalorisation salariale significative est indispensable, et justifiée dès lors que la médecine scolaire s'inscrirait dans un cadre de travail plus propice à l'organisation et au suivi au suivi de l'activité. La Cour recommande de faire cet effort. Cette revalorisation pourrait être facilitée à terme par un rapprochement du corps des médecins de l'éducation nationale avec celui des médecins de santé publique.

En fait, la santé scolaire souffre des failles de son organisation et de son défaut de pilotage. Preuve en est que la corrélation entre taux de réalisation des visites et taux d'encadrement sanitaire est loin d'être systématique : les taux de réalisation de la visite de 6^e année peuvent être équivalents pour des départements dont la charge de dépistage par médecin va du simple au double, voire au triple ; les taux de réalisation des bilans de la 12^e année ne sont pas corrélés aux ressources en personnels infirmiers.

Cette situation s'explique par l'opacité de l'exercice des activités et le cloisonnement des personnels et des services, deux facteurs qui limitent fortement la conduite de l'action publique.

L'opacité d'un dispositif qui ne rend pas compte et échappe à toute évaluation organisée

Les taux de réalisation des dépistages obligatoires proviennent d'une enquête directe de la Cour auprès des services des rectorats et des DSDEN car le ministère ne dispose pas de cette information, en raison d'un boycott des statistiques par certains personnels depuis plusieurs années. Tout en la déplorant, l'administration laisse perdurer cette situation inadmissible. Les responsables académiques et nationaux n'ont ainsi qu'une vision très vague de l'activité et de la performance des services de santé scolaire.

Faute d'une information statistique fiable et continue, l'évaluation de l'activité, de l'efficacité et de l'efficience de l'action des personnels de santé scolaire est impossible. Le pilotage du dispositif est alors aveugle.

C'est pourquoi la Cour recommande la publication d'un rapport annuel sur la santé scolaire et la mise en place d'un Conseil de la santé scolaire qui pourrait entre autres missions prendre l'initiative de faire réaliser des évaluations externes.

Le cloisonnement des personnels consacré par le ministère en 2015 alors que leur collaboration est indispensable

L'approche sanitaire d'une population exige la collaboration articulée des acteurs de santé concernés, il n'existe aucune raison qu'il en soit autrement pour la santé scolaire. Or ce n'est pas ce principe généralement admis qui a prévalu dans le dispositif scolaire : les quatre métiers qui y contribuent interviennent de façon segmentée et sont gérés en tuyaux d'orgue dans des services séparés.

Ce cloisonnement a été consacré comme un principe d'organisation de la politique de dépistage : alors que la loi de 2013³ avait pour objectif de faire progresser le service public de santé scolaire, les modalités d'application retenues par l'arrêté du 3 novembre 2015⁴ ont donné un coup d'arrêt à la collaboration qui s'était instaurée *de facto* entre médecins scolaires et personnels infirmiers. Depuis cet arrêté, la visite médicale de la 6^e année relève du seul médecin (sans mention du bilan infirmier, associé jusque-là à cette visite, qui permettait au médecin de voir beaucoup plus d'élèves) tandis que les infirmiers sont chargés du bilan de la 12^e année.

Ce choix, à contrecourant de l'évolution retenue pour tout le reste des dispositifs et professions de santé, a contribué à la forte dégradation du service public. Ce cloisonnement dommageable est l'aboutissement insatisfaisant d'une histoire administrative compliquée, marquée par des rattachements alternés entre les ministères de l'éducation et de la santé qui ont peiné à articuler leurs priorités. Il est surtout la conséquence d'une réponse excessive à des pressions catégorielles faisant prévaloir des approches par métier, qui prises isolément peuvent avoir leur justification, au détriment d'une vision globale des besoins de la santé scolaire.

Il est temps de dépasser ces obstacles pour respecter les objectifs donnés par la loi au système éducatif.

Créer des services de santé scolaire pour unifier l'intervention des personnels

La Cour recommande de revenir à une vision globale de la gestion de la santé scolaire et de ses personnels.

Il s'agirait de créer un service de santé scolaire dans chaque rectorat et chaque DSDEN, en en confiant la direction à un inspecteur d'académie pour animer la collaboration des différents métiers. De tels services doivent être l'occasion de mettre en place un management global aujourd'hui absent mais aussi d'apporter aux professionnels de santé des conditions de travail sensiblement améliorées : systèmes d'information performants permettant le travail coordonné et sources de véritables gains de productivité, centres médico-scolaires à rénover en renouant les liens distendus avec les collectivités territoriales, dotation de personnels de secrétariat indispensables, équipement médical et bureautique facilitant le travail en itinérance.

La vocation de tels services est de revoir le partage et l'organisation des tâches entre médecins de l'éducation nationale et personnels infirmiers, principalement afin de créer les modalités de coopération pour la visite médicale de la 6^e année et pour la visite médicale préalable à l'affectation des élèves mineurs à des travaux réglementés.

Le travail en équipes pluri-professionnelles serait aussi l'occasion d'allouer plus de moyens au premier degré, mal couvert par les services infirmiers et sociaux. Si ces personnels peuvent être déjà présents dans les écoles, parfois à hauteur de 50 % de leur temps, cette répartition reste sur le plan national très contrastée et aléatoire et n'est pas organisée selon un plan de service à l'échelle départementale.

³ Loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République.

⁴ Arrêté du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation.

Collaborer avec les agences régionales de santé et l'assurance maladie pour utiliser des informations et moyens disponibles

Pour réaliser leurs objectifs, les services de santé scolaire doivent développer une contractualisation systématique avec leurs partenaires : agences régionales de santé (ARS) et leurs délégations départementales, assurance maladie, collectivités territoriales, associations de prévention. En l'état actuel de la démographie médicale, il est illusoire de penser que les objectifs nationaux de dépistages peuvent être atteints sans la construction de tels liens.

Ainsi une articulation accrue des dépistages obligatoires de la 6^e année de l'enfant avec les dépistages déjà réalisés par la médecine de ville ou hospitalière, pris en charge par l'assurance maladie et retracés dans le carnet de santé de l'enfant, est indispensable. Cette articulation permettrait de mieux utiliser le résultat des suivis médicaux déjà réalisés hors l'école.

Les cadres nationaux propices à de telles collaborations existent d'ores et déjà.

Les ARS ont décliné, par des conventions académiques, la convention cadre de partenariat en santé publique de 2016 ; il reste à traduire de manière systématique cette collaboration dans des partenariats opérationnels entre les délégations départementales des agences et les DSDEN, qui pourraient porter non seulement sur les actions collectives d'éducation à la santé mais, selon les besoins locaux, sur le soutien aux dépistages et l'accès aux soins dans les territoires où cet accès est restreint. La participation des services de l'éducation nationale aux contrats locaux de santé devrait devenir systématique.

Une convention nationale entre l'éducation nationale et l'assurance maladie a été récemment conclue : elle apporte un cadre d'une grande richesse d'actions de prévention pour les écoles et les établissements scolaires. Les services de santé scolaire devraient avoir mission d'explorer avec les caisses primaires (CPAM) toutes les possibilités de partenariats locaux qu'il s'agisse de l'accès des élèves, avec la prise en charge par l'assurance maladie, à des examens de dépistage ou à un parcours de soins.

Pour mener cette profonde révision de l'organisation de la santé scolaire, le ministère comme ses services devront s'adosser à un Conseil de la santé scolaire qui apportera son appui éthique, déontologique et scientifique pour asseoir sur des bases solides la collaboration des personnels et la coopération avec la médecine de ville.

Au terme de son enquête, les observations de la Cour la conduisent à formuler un ensemble de recommandations solidaires, l'unification et l'identification du service de santé scolaire dans des conditions propices à l'exercice des missions propres qui lui sont dévolues constituant le prérequis d'une mobilisation effective et efficiente des partenariats de l'écosystème plus large de la santé publique, qui s'impose.

Recommandations

Unifier le service de médecine scolaire et revoir les méthodes de travail

1. Dans les directions départementales des services de l'éducation nationale (DSDEN), regrouper au sein d'un service de santé scolaire les médecins, les personnels infirmiers et d'assistance sociale et les psychologues de l'éducation nationale. Créer un service de pilotage dans les rectorats, sous la direction d'un inspecteur d'académie (MENJ).
2. Créer des comités d'éducation à la santé et la citoyenneté (CESC) de bassin et supprimer le caractère obligatoire des CESC d'établissement (MENJ).
3. Dans le cadre de la réorganisation souhaitée par la Cour, revaloriser la rémunération des médecins de l'éducation nationale (MENJ, MACP/Fonction publique).
4. Transférer la charge budgétaire des psychologues de l'éducation nationale, inscrite aux programmes 140 et 141 vers le programme 230, Vie de l'élève (MENJ).
5. Développer et déployer dans les meilleurs délais les applications métier de la santé scolaire et de DIAPASON (MENJ).
6. Revoir le partage des tâches entre médecins de l'éducation nationale et personnels infirmiers, notamment pour les visites médicales de la 6^e année de l'enfant et des élèves mineurs des filières de l'enseignement professionnel (MENJ, MSS).
7. Doter le ministère d'un Conseil de la santé scolaire, publier un rapport annuel sur la santé scolaire (MENJ).

Mobiliser les partenariats

8. Articuler les dépistages obligatoires de la 6^e année de l'enfant avec les dépistages réalisés par la médecine de ville ou hospitalière retracés dans le carnet de santé de l'enfant et à l'avenir dans son dossier médical partagé (DMP) (MENJ, MSS).
9. Engager une concertation avec les collectivités territoriales pour la rénovation des centres médico-scolaires, et les doter d'un socle de moyens en personnels de secrétariat (MENJ).
10. Contractualiser au niveau académique avec les institutions partenaires (collectivités territoriales, ARS, assurance maladie) les modes de collaboration avec les services de santé scolaire (MENJ).

Introduction

Les médecins et les personnels de santé scolaire sont l'objet d'une attention soutenue des pouvoirs publics, en raison des difficultés chroniques de la médecine scolaire, analysées dans de nombreux rapports publics. La Cour des comptes a traité la situation de ces personnels en 2011 dans une contribution à l'évaluation de la médecine scolaire demandée par le Président de l'Assemblée nationale pour le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques.

Récemment, une circulaire du Premier ministre⁵ mentionne la santé scolaire au nombre des sujets potentiels de décentralisation, sur lesquels les préfets doivent consulter les collectivités territoriales.

Les missions de l'éducation nationale en matière de santé des douze millions d'élèves sont axées sur la prévention et le repérage des troubles susceptibles d'entraver les apprentissages et des actions collectives d'éducation à la santé et de promotion de la santé. Ces missions, exercées à titre principal par les médecins et les personnels infirmiers de l'éducation nationale, ne pourraient être menées à bien sans l'intervention des personnels d'assistance sociale, indispensable pour assurer, en liaison avec les familles, le traitement des difficultés repérées à l'école, ni sans celle des psychologues de l'éducation nationale, qui, surtout dans le premier degré, participent au diagnostic des besoins éducatifs particuliers des enfants atteints de maladies chroniques, porteurs de handicap ou confrontés à des troubles des apprentissages.

Le ministère de l'éducation a consacré à la santé scolaire des moyens en progression durant les exercices étudiés (2013-2018). L'ensemble considéré représente aujourd'hui plus de 20 300 équivalents temps plein (ETP), avec une évolution positive sur la période (+4 %), sensible pour les infirmiers (+4 %, près de 8 000 ETP), mais surtout pour les assistants de service social (+9 %, près de 3 000 ETP) et les psychologues du 1^{er} degré (+9 %, environ 3 900 ETP), tandis que, pour ceux du second degré, l'évolution positive a été plus modérée (plus de 4 600 ETP, +2 %). En revanche, la décruce a été forte (-15 %) pour les médecins, qui ne représentent plus que 966 ETP, malgré les postes ouverts, faute de parvenir à les pourvoir par le concours annuel. La dépense de l'État pour la santé scolaire en 2018 a été de 1 253 M€.

*
**

La configuration actuelle de la santé scolaire résulte d'une histoire compliquée⁶. Mise en place progressivement au cours du XIX^e siècle, structurée à la Libération avec la création d'un service national d'hygiène scolaire et universitaire sous la responsabilité du ministère de l'éducation nationale, elle est ensuite rattachée au ministère de la santé (1964-1984), puis à nouveau au ministère de l'éducation mais avec une scission des personnels : les médecins scolaires restent rattachés au ministère de la santé tandis que les infirmières finissent par relever de l'éducation nationale en 1985. Aussi les pratiques infirmières se sont-elles autonomisées par

⁵ Circulaire du Premier ministre du 15 janvier 2020 *Organisation de la concertation sur la répartition et l'exercice des compétences des collectivités territoriales*, qui demande aux préfets d'explorer avec les collectivités des pistes de décentralisation concernant diverses politiques publiques. La médecine scolaire, objet d'une fiche spécifique, constitue, selon cette circulaire, une demande de l'Assemblée des départements de France (ADF), qui revendique un « bloc de compétence en matière de santé infantile ».

⁶ Cf. Rappel historique en annexe n° 2.

rapport au corps médical alimentant encore aujourd'hui le refus d'une partie des personnels infirmiers d'une collaboration organisée avec les médecins dans un service unifié de santé scolaire. Un « service de promotion de la santé en faveur des élèves » (SPSFE) a pourtant existé pendant dix ans, de 1991 (date de la création du corps des médecins de l'éducation nationale, que l'on a alors séparés du corps des médecins de santé publique) à 2001, date à laquelle, sous la pression des organisations syndicales, il sera supprimé.

Depuis, au cours des vingt dernières années, les missions des personnels de santé scolaire ont été fréquemment redéfinies par le législateur, et beaucoup alourdies⁷. Elles ont notamment été modifiées par la loi du 8 juillet 2013 de refondation de l'école de la République et, plus récemment, par la loi du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance, qui charge les professionnels de santé de l'éducation nationale des visites médicales de la 4^e année de l'enfant lorsque les services de PMI n'ont pas pu les réaliser. La question de l'articulation entre PMI et santé scolaire se pose sous un jour nouveau en raison de l'abaissement à 3 ans de l'âge de la scolarité obligatoire⁸.

Confiées à l'État, les missions de santé scolaire sont cependant dans quelques cas exercées, par délégation, par un service municipal de santé scolaire, héritier des services municipaux d'hygiène créés sous la III^{ème} République, 11 villes⁹ ayant souhaité maintenir leur action en faveur de la santé des enfants et des adolescents.

Comme la Cour l'a déjà relevé en 2011, la médecine scolaire occupe dans notre pays une place singulière au sein de l'école : « *le choix qui a été fait en France d'une médecine relevant de l'État et intégrée au ministère de l'éducation nationale ne se retrouve pas dans d'autres pays* » même si, au Royaume-Uni, où la santé scolaire relève de l'autorité locale, le ministère de la santé recommande d'avoir au moins une infirmière scolaire pour chaque établissement secondaire et les écoles qui en dépendent. Le choix français repose sur l'idée que cette totale intégration au sein de l'école garantit que l'institution et les communautés éducatives prennent en compte les problèmes de santé des élèves.

⁷ L'article L. 541-1 du code de l'éducation, principal fondement juridique de la santé scolaire (qui prescrit notamment la visite médicale obligatoire de la 6^e année, à l'entrée dans les apprentissages), a connu depuis juin 2000 six versions, de plus en plus étoffées, dont on trouvera en annexe l'historique détaillé, et qui résultent tantôt de lois de santé ou sociales (2002, 2016), ou de protection de l'enfance (2007), ou de lois scolaires (2013, 2019).

⁸ L'article 13 de cette loi adapte les missions de la santé scolaire à l'abaissement à trois ans de l'âge de la scolarité obligatoire : la visite médicale de PMI entre 3 et 4 ans reste confiée aux services de PMI, bien qu'organisée à l'école, mais « *lorsque le service départemental de protection maternelle et infantile n'est pas en mesure de la réaliser, la visite est effectuée par les professionnels de santé de l'éducation nationale* ».

⁹ Antibes, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon, Nantes, Paris, Rennes, Strasbourg, Vénissieux, Villeurbanne.

La place de la médecine scolaire au sein de l'école : la singularité de la France

L'intégration des médecins et des infirmiers dans les structures scolaires n'est pas systématique en Europe, les services de santé en direction des jeunes leur étant extérieurs en Irlande, en Italie ou au Portugal. La tutelle de la médecine scolaire est généralement exercée par le ministère de la santé, comme en Allemagne, en Espagne, au Portugal, au Royaume-Uni ou en Irlande. En outre, la médecine scolaire est de la compétence des municipalités au Danemark et en Pologne, et des cantons en Suisse. De même, des responsabilités importantes sont exercées par les Länder allemands.

Ce dispositif doit répondre à des attentes croissantes de la société. La politique de santé publique s'est engagée résolument vers la prévention, domaine dans lequel notre pays est en retard. L'école a aujourd'hui une ambition nouvelle quant à l'accueil en classe ou école « ordinaire » des enfants à besoins éducatifs particuliers porteurs d'un handicap, d'une maladie chronique, ou confrontés à un trouble spécifique des apprentissages ; cette école inclusive doit pouvoir s'appuyer sur la performance de ses services de santé scolaire, afin d'assurer le dépistage et le suivi de ces enfants, de les accompagner dans leur scolarité, et d'apporter également appui, conseil et accompagnement aux autres personnels, notamment enseignants et chefs d'établissement. Les préoccupations accrues quant à la santé des enfants et des jeunes (surpoids, obésité, addictions, notamment aux écrans, mal-être à l'école, troubles du comportement, conduites suicidaires) et au climat scolaire (harcèlement, violences, incivilités...) accroissent les sollicitations des services de santé.

**

Le présent rapport dresse d'abord le panorama des difficultés persistantes de la santé scolaire : le premier chapitre examine les missions des personnels ; il analyse la pénurie de médecins scolaires contrastant avec l'amélioration du recrutement des personnels infirmiers ; il présente en contrepoint la performance médiocre des services soulignant la grande diversité des situations et les inégalités qui en résultent ainsi que l'opacité d'un dispositif non évalué.

Le deuxième chapitre s'attache aux causes de ces difficultés. Si le ministère a pris, à la suite du précédent rapport de la Cour, des dispositions pour tenter de remédier aux problèmes soulevés, elles ont été inopérantes en raison d'un pilotage déficient : la gestion des personnels se fait en tuyaux d'orgue, ce qui freine toute optimisation de l'emploi des moyens et le pilotage par le ministère est distendu au niveau central ou en académies.

Dans son troisième chapitre, le rapport invite à revoir en profondeur l'organisation des services et des tâches et à développer les collaborations en faveur de la santé des élèves avec d'autres acteurs pour assurer l'effectivité des missions de santé scolaire.

Chapitre I

Les difficultés persistantes de la santé scolaire, une performance très inférieure aux objectifs

Pour éclairer la situation de la santé scolaire durant les années étudiées (2013-2018), la première partie analysera ses missions qui ont sensiblement évolué en cours de période, notamment le partage des tâches entre médecins et personnels infirmiers.

La deuxième partie rendra compte des moyens engagés par l'État pour la santé scolaire : évolution budgétaire et tableau des effectifs des personnels disponibles au niveau académiques et départemental.

Enfin la troisième partie appréciera la performance de la santé scolaire sous l'angle des deux grandes missions : dépistages et visites médicales obligatoires d'une part, promotion et éducation à la santé d'autre part.

I - Un partage des missions des professionnels de santé scolaire source de difficultés d'application

La loi du 8 juillet 2013 de refondation de l'école de la République marque une étape importante car elle recentre les objectifs et les missions des personnels de santé scolaire après que la loi du 5 mars 2007 de protection de l'enfance avait rajouté, à celle de la 6^e année, des visites médicales obligatoires au cours des 9^e, 12^e et 15^e années. Ces visites devaient s'appliquer à « tous les enfants » et comporter « un bilan de leur état de santé physique et psychologique ». Cette loi avait introduit pour les parents la faculté de fournir un certificat médical attestant que ce bilan « a été assuré par un professionnel de santé de leur choix », ce qui leur permettait de recourir à un médecin libéral ou hospitalier.

Ce texte ambitieux et exigeant prévoyait une montée en charge progressive : dans un délai de trois ans après sa publication, les visites obligatoires devaient être assurées pour la moitié au moins des classes d'âge concernées et pour la totalité dans un délai de six ans. Tel n'a pas été le cas.

La loi du 8 juillet 2013 reformule les objectifs de la santé scolaire : réussite scolaire et réduction des inégalités en matière de santé. Elle ne mentionne plus les visites médicales de la 9^e, 12^e et 15^e années mais seulement celle de la 6^e année, renvoyant comme tous les textes antérieurs (y compris la loi de 2007) à « des examens médicaux périodiques effectués pendant tout le cours de la scolarité ». La mission du service social n'est désormais mentionnée que pour le second degré. Les modalités d'application seront arrêtées, conjointement, par les ministres de l'éducation et de la santé, seulement deux ans plus tard, en novembre 2015.

À défaut de textes d'application, les missions de santé scolaire restent définies par un ensemble de circulaires qui s'échelonnent de 2001 à 2014. Si les missions des médecins et des personnels infirmiers sont très précisément définies, leurs intersections sont aussi explicitement mentionnées pour l'organisation des dépistages obligatoires. Il en est ainsi de la contribution des personnels infirmiers à la visite médicale obligatoire entre 5 et 6 ans par « un dépistage infirmier » mais également de l'intervention des médecins aux collèges pour le bilan de santé de la 12^e année.

Les missions des médecins avant 2015

Pour l'ensemble des élèves, organiser la détection précoce des difficultés lors de la visite médicale obligatoire entre 5 et 6 ans ; réaliser un bilan de santé des élèves du cycle 3 en zone d'éducation prioritaire, réaliser un bilan de santé des élèves en classe de 3^{ème} au collège ; développer une dynamique d'éducation à la santé : mettre en place des actions permettant d'améliorer la qualité de vie des élèves en matière d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie ; des actions spécifiques visent à suivre les élèves signalés par les membres de l'équipe éducative, les infirmiers, les assistants de service social, les parents ou les élèves eux-mêmes ; suivre les élèves des établissements de certaines zones rurales, des zones d'éducation prioritaire ou en établissements sensibles et des établissements du plan de prévention de la violence ; mettre en place des dispositifs adaptés en cas d'événement grave survenant dans la communauté scolaire ; agir en cas de maladies transmissibles survenues en milieu scolaire ; intervenir en urgence auprès d'enfants ou d'adolescents en danger, victimes de maltraitance ou de violences sexuelles ; contribuer à l'intégration scolaire des enfants et adolescents atteints de handicap ; aider à la scolarisation des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période ; suivre les élèves des établissements d'enseignement technique et professionnel.

Les missions des infirmiers avant 2015

Actions en direction de l'ensemble des élèves : accueillir et accompagner les élèves ; organiser les urgences et les soins ; contribuer, par un dépistage infirmier, à la visite médicale obligatoire entre 5 et 6 ans ; organiser un suivi infirmier ; développer une dynamique d'éducation à la santé : mettre en place des actions permettant d'améliorer la qualité de vie des élèves en matière d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie ; actions spécifiques : organiser et réaliser le suivi de l'état de santé des élèves ; suivre les élèves signalés par les membres de l'équipe éducative ; suivre les élèves des établissements de certaines zones rurales, des zones d'éducation prioritaires, des établissements sensibles et des établissements relevant du plan de lutte contre la violence en milieu scolaire ; mettre en place des dispositifs adaptés en cas d'événements graves survenant dans la communauté scolaire ; agir en cas de maladies transmissibles survenues en milieu scolaire ; intervenir en urgence auprès d'enfants ou d'adolescents en danger (victimes de maltraitance ou de violences sexuelles) ; contribuer à l'intégration scolaire des enfants et adolescents atteints de handicap ; aider à la scolarisation des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

L'arrêté interministériel du 3 novembre 2015 pris en application de la loi de 2013 introduit une révision qui va s'avérer lourde de conséquences.

Relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires, il bouleverse l'organisation des visites de dépistage : la visite obligatoire de la 6^e année est faite par le seul médecin, la collaboration de l'infirmier qui réalisait jusqu'alors un dépistage infirmier, n'est plus prévue ; Le dépistage de la 12^e année est réalisé par le seul personnel infirmier. Les circulaires relatives aux missions des médecins et infirmiers sont alors revues en novembre 2015.

Dans le cadre du suivi individuel des élèves, le **médecin** réalise le bilan de la 6^e année, ainsi que la visite médicale préalable à l'affectation de l'élève mineur aux travaux réglementés (enseignement professionnel), il examine également les cas des élèves à besoins éducatifs particuliers, des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé, des élèves en situation de handicap, et des élèves présentant des troubles des apprentissages. Il réalise d'autres examens individuels à la demande (de l'équipe éducative, des parents, ou de l'élève lui-même) et participe à la protection de l'enfance. Le médecin contribue à la formation des personnels, notamment en école supérieure du professorat et de l'éducation (ESPE) et participe au recueil de données de santé. Il intervient en cas de maladies transmissibles ou d'événements graves dans la communauté scolaire.

Les missions des **personnels infirmiers** sont reformulées : la notion de consultation infirmière spécifique apparaît, il s'agit de l'accueil à l'infirmerie de tout élève qui le demande, y compris pour des problèmes relationnels ou psychologiques, les personnels devant être formés pour jouer « un rôle d'observation, de dépistage et de relais dans le domaine de la santé mentale ».

Les personnels infirmiers mettent ainsi en place des consultations individuelles en éducation à la santé (éducation à la sexualité, contraception, conduites addictives, conduites à risque, éducation nutritionnelle, sommeil, hygiène de vie), fournissant à l'élève « des éléments de réflexion et d'information afin de renforcer ses capacités à prendre des décisions concernant sa santé » et de favoriser son autonomie. Les personnels infirmiers de l'éducation nationale sont habilités à délivrer la contraception d'urgence, à renouveler les prescriptions datant de moins d'un an de contraceptifs oraux, et peuvent prescrire des substituts nicotiques.

Les mêmes réalisent les dépistages obligatoires, c'est-à-dire celui de la 12^e année. Ils assurent également le suivi des dépistages, dans le cadre d'une collaboration avec les médecins, les enseignants, conseillers principaux d'éducation (CPE,) assistants sociaux, conseillers d'orientation-psychologues, avec les familles et les autres professionnels de santé. Il leur est demandé une mobilisation particulière pour le suivi des élèves des établissements en zone rurale et en éducation prioritaire, tout comme pour le suivi des problèmes de santé complexes ou chroniques et des élèves à besoins particuliers.

En matière de promotion de la santé, la définition des missions des médecins et personnels infirmiers est proche : éducation à la santé, formation des autres professionnels, observation et surveillance épidémiologique.

L'inflexion très nette donnée en 2015 est due à des causes multiples : la priorité croissante donnée à la prévention et à la promotion de la santé ; la difficulté de mettre en œuvre les dépistages systématiques par les médecins scolaires aux quatre âges prescrits par la loi de protection de l'enfance de 2007 dans un contexte démographique très tendu ; la pression des personnels infirmiers de l'éducation nationale pour faire reconnaître les apports spécifiques de leur exercice professionnel.

Ainsi la revendication persistante, issue d'un rattachement ancien à l'éducation nationale et ancré dans les établissements scolaires, de l'autonomie des personnels infirmiers par rapport au médecin, a conduit à mettre fin à la collaboration, jusque-là en vigueur, entre médecin et infirmier pour la visite de la 6^e année et à instaurer un bilan infirmier autonome à la 12^e année de l'élève. La crainte d'une dépendance des personnels infirmiers envers les médecins a été renforcée par celle de supporter une charge de travail comportant des responsabilités auxquelles

ces personnels n'étaient pas préparés en raison d'un nombre de plus en plus insuffisant de médecins.

L'analyse de la performance des services de santé scolaire présentée ci-dessous montre que le service public a souffert de ces évolutions. Le choix opéré quant au partage des tâches entre personnels infirmiers et médecins place l'éducation nationale à contre-courant des évolutions récentes du système de santé : ainsi, en particulier, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite HPST) permet de réarticuler les compétences des professionnels de santé pour optimiser la prise en charge des patients¹⁰.

Loin de travailler dans le même esprit, l'éducation nationale s'est privée d'une démarche innovante qui aurait pu l'aider à relever le défi de la prise en charge de 12 millions d'élèves¹¹ avec 966 ETP de médecins et 7 889 ETP d'infirmiers¹².

II - Un effort budgétaire soutenu, un déficit de médecins scolaires

A - Une masse salariale en progression sans unité budgétaire

1 - Une augmentation des effectifs et des crédits

L'essentiel de la dépense de santé scolaire concerne la masse salariale des personnels. Leurs effectifs ont évolué favorablement depuis 2013, sauf pour les médecins, pour atteindre plus de 20 300 ETP, avec une évolution positive pour les infirmiers de 4 % et pour les assistants de service social et les psychologues du 1^{er} degré de 9 %. Si la décade des effectifs de médecins a été forte (15 %), elle ne résulte pas d'une dotation insuffisante de postes mais de la difficulté à les pourvoir.

¹⁰ L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain (inscrits à l'art. L. 4011-1 du Code de la santé publique), de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisation des modes d'intervention auprès des patients.

Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération transmis à l'ARS. Celle-ci vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé, avant de le soumettre pour validation à la HAS. Le protocole de coopération est un document décrivant :

- les activités ou les actes de soins transférés d'un professionnel de santé à un autre, de titre et de formation différents ;
- et la façon dont les professionnels de santé vont réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient dans le but d'optimiser sa prise en charge. Source : HAS.

Tous les professionnels de santé, quels que soient le secteur et le cadre d'exercice (salarié public ou privé, libéral, établissements de santé, centres de santé, cabinet libéral, maison de santé pluri professionnelle...), peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération si celle-ci est de nature à améliorer l'organisation ou la prise en charge des soins dans un territoire de santé.

¹¹ 12 395 266 élèves dans le 1^{er} et 2nd degrés public et privé sous contrat à la rentrée 2018 (source RERS 2019).

¹² Effectifs au 30 novembre 2018. Source DEPP.

Tableau n° 1 : évolution des postes occupés (en ETP)¹³

<i>Catégorie de personnels</i>	30/11/2013	30/11/2018	Variation
<i>Personnels service social Programme 230</i>	2 695	2 941	9 %
<i>Infirmiers Programme 230</i>	7 550	7 889	4 %
<i>Médecins Programme 230</i>	1 143	966	-15 %
<i>Psychologues éducation nationale 1erD Programme 140</i>	3 573	3 893	9 %
<i>Psychologues éducation nationale 2ndD Programme 141</i>	4 542	4 646	2 %
<i>Total général</i>	19 502	20 336	4 %

Source : Calcul Cour des comptes d'après données transmises par la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP)

Ces vingt dernières années, le nombre de médecins a diminué de 7 %. Cette évolution globale couvre deux périodes distinctes : après une augmentation des effectifs de 13 % entre 1999 et 2011 (période au cours de laquelle les effectifs d'élèves diminuaient), le nombre de médecins chute de 18 % entre 2011 et 2018 (alors que les effectifs d'élèves augmentent). Aussi le nombre moyen d'élèves à la charge de chaque médecin s'est nettement accru ces dernières années.

Au total la masse salariale a cru de plus de 12% depuis 2013, elle s'élève en 2019 à 1 250 M€. Aux dépenses de personnel doivent être ajoutés des frais de déplacement et des transferts de crédits à huit villes auxquelles sont déléguées des missions de santé scolaire, portant le coût total à environ 1 260 M€ en 2019¹⁴.

2 - Un cadre budgétaire à simplifier

Les crédits des personnels de santé scolaire sont répartis entre plusieurs programmes budgétaires de la mission interministérielle enseignement scolaire : ceux qui concernent les médecins, personnels infirmiers et assistants de service social relèvent du programme budgétaire 230 (Vie de l'élève) alors que ceux des psychologues de l'éducation nationale sont inscrits dans des programmes finançant les deux degrés d'enseignement : programmes budgétaires 140 (Enseignement scolaire public du premier degré) et 141 (Enseignement scolaire public du second degré).

Il n'est pas logique que la maquette budgétaire de la MIES sépare les psychologues de l'éducation nationale des trois autres métiers de la santé scolaire. Cette présentation est liée à l'histoire de ces personnels qui par le passé et pour le 1^{er} degré ont été beaucoup recrutés au sein

¹³ Au 30 novembre 2019, le total des postes occupés s'établit à 20 163 ETP (+3 % par rapport aux effectifs constatés au 30 novembre 2013), lesquels se déclinent de la manière suivante par catégorie de personnels : 2 917 ETP pour les personnels de service social (+8 %), 7 867 ETP pour les infirmiers (+4 %), 932 ETP pour les médecins (-18 %), 3 925 ETP pour les psychologues du 1^{er} degré (+10 %), 4 522 ETP pour les psychologues du 2nd degré (-0,4 %) (source : DEPP).

¹⁴ La consommation 2018 des actions 2 et 4 est de 757 M€ (+11 % par rapport à 2013), soit les 750 M€ de T2 évoqués plus haut auxquels s'ajoutent 6,5 M€ de hors T2 (frais de déplacement et subvention villes délégataires). En intégrant les PsyEN, la consommation 2018 des crédits budgétaires s'élève à 1 253 M€, soit 1 245 M€ de T2 auxquels s'ajoutent 8,3 M€ de hors T2. Cette estimation 2018 n'intègre pas les frais de déplacement des psychologues du 1^{er} degré (le ministère n'ayant pas été en mesure de les identifier).

des corps enseignants et formés à la psychologie lors de reconversion professionnelle. Aujourd'hui, les psychologues du 1^{er} et du 2nd degrés sont regroupés dans le même corps (PsyEN), ils sont recrutés parmi les titulaires d'un master de psychologie, leur métier est essentiel pour repérer et caractériser les troubles des apprentissages, mettre en place un suivi adapté selon les besoins de l'élève. Aussi il convient de réunir les crédits les concernant avec ceux qui concourent à supporter les autres personnels de santé scolaire au sein du programme *Vie de l'élève*.

B - Une croissance des effectifs infirmiers plus rapide que la population scolarisée

L'évolution des effectifs de personnels de santé scolaire est à mettre en perspective sur une longue période montrant qu'au cours des vingt dernières années, un effort considérable de recrutement de personnels infirmiers a été accompli.

Tableau n° 2 : évolution comparée des effectifs d'élèves, de médecins et d'infirmiers (en personnes physiques)¹⁵

	1998-1999	2010-2011	2018-2019	Évolution 1998-2018
<i>Nombre de médecins</i>	1 307	1 478	1 214	-7 %
<i>dont médecins conseillers techniques</i>	111	112	111	0 %
<i>Nombre d'infirmiers</i>	6 250	8 429	8 712	39,4 %
<i>dont infirmiers conseillers techniques</i>	ND	ND	121	
<i>Effectifs d'élèves à la rentrée</i>	12 295 596	12 017 495	12 295 641	0 %
<i>dont 1^{er} degré public</i>	5 709 947	5 770 941	5 755 682	1 %
<i>dont 1^{er} degré privé</i>	896 806	893 338	939 574	5 %
<i>dont 2nd degré public</i>	4 549 977	4 213 928	4 402 162	-3 %
<i>dont 2nd degré privé</i>	1 138 866	1 139 288	1 198 223	5 %

Champ : France métropolitaine + DOM (hors Mayotte)

Source : d'après données transmises par la DEPP pour l'année 2018-2019, sauf effectifs des conseillers techniques (réponses des académies)

Rapport de la Cour des comptes de 2011 (données DEPP) pour les années 1998-1999 et 2010-2011

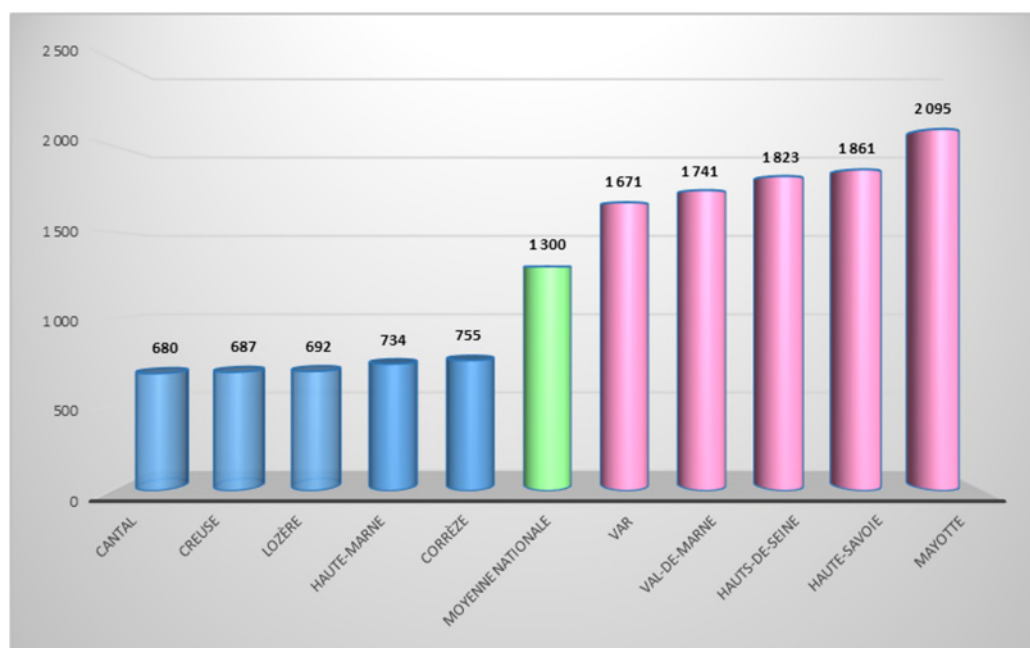
Alors qu'en 2018, l'effectif global d'élèves est quasi-identique à celui de 1998, le nombre d'infirmiers a augmenté de presque 40 % au cours de ces 20 dernières années (la progression est particulièrement sensible dans les années 2000). La croissance des effectifs d'infirmiers se conjugue avec un recours accru aux personnels contractuels (10 % du total des effectifs en 2018 contre 8,4 % en 2013). Dès lors, le nombre d'élèves moyen par ETP d'infirmier a diminué : il s'établit à 1 300 en 2018 contre 1 348 en 2013.

¹⁵ Pour les effectifs de médecins et de d'infirmiers, les dates d'observation sont les suivantes : janvier 1999 (année 1998-1999), janvier 2011 (année 2010-2011), et novembre 2018 (année 2018-2019).

Le taux d'encadrement s'est amélioré dans les trois quarts des départements¹⁶ mais avec de fortes disparités territoriales. Les moyennes académiques varient de moins d'un millier d'élèves par infirmier dans les académies de Limoges (849), de Martinique (874) et de Clermont-Ferrand (917) à plus de 1 500 dans les académies de Créteil (1 522), de Nice (1 582) et de Versailles (1 666), le maximum étant à Mayotte avec une moyenne de 2 095 élèves par ETP d'infirmier. Les variations peuvent être significatives au sein d'une même académie.

Les départements ruraux sont dans l'ensemble mieux dotés en personnels infirmiers. Sur les 20 départements qui comptent moins de 1 000 élèves par infirmier, 13 figurent parmi les 20 départements dont la population scolaire est la plus faible¹⁷. En effet, les barèmes d'affectation des académies tendent à pourvoir chaque EPLE d'un poste infirmier, ce qui avantage les départements ruraux disposant souvent de collèges de petite taille. *A contrario*, le ratio est moins favorable pour les départements à forte densité de population. Sur les 20 départements pour lesquels le ratio élèves par infirmier est le moins favorable, 13 figurent parmi les départements dont la population scolarisée est la plus élevée.

Graphique n° 1 : nombre d'élèves par ETP d'infirmier : les 5 taux les plus favorables et les 5 taux les plus dégradés au 30 novembre 2018



Source : Calcul Cour des comptes d'après données de la DEPP

Enfin la charge moyenne des dépistage de la 12^e année (enseignement public) par infirmier est de 83 fin 2018 (106 en intégrant les élèves du privé)¹⁸, très inférieure à celle des médecins pour la visite de la 6^e année (803 en moyenne par médecin).

¹⁶ Le détail des taux d'encadrement par département est retracé en annexe n° 9.

¹⁷ Selon les données du RERS 2019 (effectifs à la rentrée 2018).

¹⁸ Si l'on ne retient que les personnels affectés dans les collèges, cette charge passe à 134 élèves du public par infirmier (170 en intégrant les élèves du privé).

C - Des effectifs de médecins en nette diminution, une forte dégradation de l'encadrement

1 - Une dégradation du taux d'encadrement de 20 % en cinq ans

Le nombre de postes occupés représentait 966 ETP fin 2018, soit 15,5 % de moins qu'en 2013 (1 143 ETP). Entre ces deux dates, le nombre d'élèves à la charge des médecins de l'éducation nationale a légèrement augmenté (+ 1,4 %). Aussi le nombre d'élèves (1^{er} et 2nd degrés du public et du privé) par ETP de médecin de l'éducation nationale en poste (hors vacataires)¹⁹ était de 12 572, soit 20 % de plus qu'en 2013 (10 480 élèves)²⁰. Le taux d'encadrement s'est dégradé dans 75 départements,²¹ au-delà de 40 % dans 31 départements²². À l'inverse, il s'améliore dans 26 départements.

Face au nombre très important d'élèves à prendre en charge, les médecins de l'éducation nationale exercent principalement au bénéfice des élèves de l'enseignement public. Cependant, même en ne prenant en compte que l'enseignement public, le nombre d'élèves par ETP de médecins demeure supérieur à 10 000.

La charge moyenne de visites (enseignement public et privé) par médecin serait théoriquement de 803 au 30 novembre 2018 (688 en 2013, soit une progression de 17 % en l'espace de cinq ans). Comme pour les infirmiers, le taux moyen d'encadrement national recouvre de très fortes disparités entre les départements. La maille académique ne permet pas d'appréhender la diversité des situations territoriales, très variables d'un département à l'autre. Sur les 99 départements pour lesquels un taux a pu être calculé²³, 6 ont un nombre d'élèves par ETP de médecin inférieur à 8 000 tandis que 19 ont un taux supérieur à 20 000²⁴.

¹⁹ Il s'agit du taux d'encadrement en médecins de secteur relevant du programme budgétaire 230.

²⁰ Si l'on tient compte des médecins vacataires, le taux d'encadrement est, bien entendu, légèrement plus favorable, mais la dégradation est également de 20 % (11 865 élèves par ETP en 2018, contre 9 913 élèves par ETP en 2013).

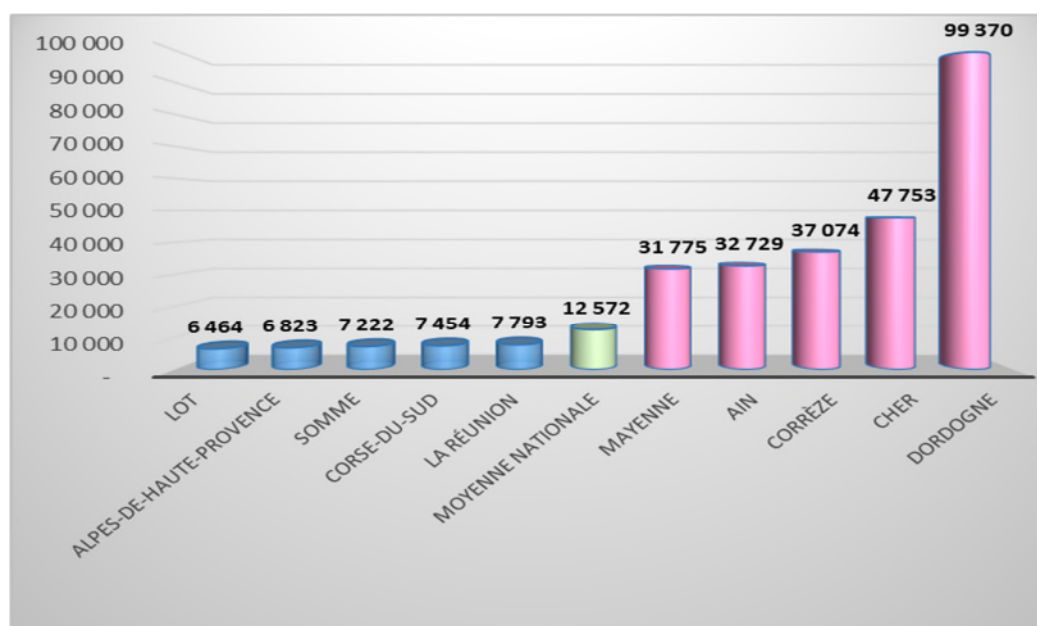
²¹ Le détail des taux d'encadrement (hors médecins vacataires) est retracé en annexe n° 10.

²² Compte non tenu des départements de Mayotte et de l'Indre. Le calcul d'un taux d'encadrement au 30 novembre 2018 est, en effet, impossible pour ces deux départements, puisqu'ils ne comptaient aucun médecin de secteur à cette date.

²³ Calcul impossible pour Mayotte et l'Indre, voir note précédente.

²⁴ Cf. tableau n° 11 de l'annexe n° 10.

Graphique n° 2 : nombre d'élèves par ETP de médecins de l'éducation nationale : les 5 taux les plus favorables et les 5 taux les plus dégradés



Source : Calcul Cour des comptes d'après données de la DEPP

2 - Des postes de médecins titulaires occupés à 57%, en recul de 14 points

Le taux d'occupation des postes de médecins de l'éducation nationale recule²⁵. Hors Mayotte²⁶, le taux d'occupation des postes de médecins était en moyenne de 69 % soit 14 points de moins par rapport à 2013 (83 %).

Le pourcentage de postes occupés diminue dans 28 académies sur 30. Il progresse uniquement dans deux académies : Paris (+ 7 points avec 100 % des postes occupés en 2018) et surtout la Guadeloupe (+ 20 %). À l'inverse, la chute est particulièrement nette dans l'académie de Limoges (- 43 points) et, à un degré moindre, dans les académies de Lyon (- 28 points), Nice (- 27 points), Besançon, Corse et Créteil (- 26 points pour ces trois dernières académies).

Les médecins contractuels (hors vacataires) représentent 17,4 % du total des effectifs, soit 6,3 points de plus qu'en 2013 (11 %). La part des contractuels est particulièrement élevée en Guyane (80 % au 30 novembre 2018), à Paris (43 %), en Corse (38 %), et dans les académies de Créteil (31 %) et de Rouen (30 %).

Pour les seuls titulaires, le taux d'occupation des postes s'élève seulement à 57 %.

²⁵ Rapport entre le nombre de postes (exprimés en ETP) occupés au 30 novembre de l'année n (données transmises par la DEPP) et le nombre de postes de médecins délégués à l'académie pour l'année n (source : réponse de l'académie au questionnaire de la Cour). Le taux d'occupation des postes de médecins par académie est retracé en annexe n° 7.

²⁶ Mayotte n'a pas répondu au questionnaire de la Cour.

3 - Des difficultés à renouveler une population vieillissante

L'âge moyen des titulaires est de 55 ans et 82 % des effectifs sont âgés de plus de 50 ans (76,8 % en 2013). Selon les données du ministère, 294 médecins sont partis à la retraite entre 2013 et 2018 et les projections évaluent les départs à 128 entre 2019 et 2021.

Les difficultés de recrutement de la médecine scolaire tiennent pour une part à la démographie médicale en général.

**Tableau n° 3 : recrutements des médecins par concours depuis 2013
(hors recrutements réservés)**

Année	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Nb postes offerts	47	47	47	56	150	56	56
Nb postes pourvus	21	18	21	31	18	30	24
% couverture	45 %	38 %	45 %	55 %	12 %	54 %	43 %

Source : MENJ (DGRH) pour les années 2013 à 2018 ; rapport de jury de concours de médecin de l'éducation nationale pour 2019

Les médecins scolaires se recrutent principalement dans le vivier des médecins généralistes ou de santé publique, et, dans une moindre mesure, parmi les pédiatres. Selon le ministère des solidarités et de la santé, le nombre global de médecins évolue positivement (10 000 médecins de plus depuis 2012) mais avec d'importantes perspectives de départs en retraite car les générations actuellement proches de la retraite sont issues des formations des années 1970, à *numerus clausus* élevé²⁷. Le recrutement des médecins scolaires est affecté par cette tension sur le métier de généraliste.

Cependant les nouveaux médecins adoptent pour 63 % un statut salarié, ce qui pourrait faciliter le recrutement de médecins de prévention, et donc de médecins scolaires, à condition que des dispositions soient prises pour valoriser ce métier peu connu (dans le 3^e cycle du cursus de formation des médecins, le diplôme d'études spécialisées (DES) santé publique attire moins d'étudiants) et peu attractif financièrement.

L'éducation nationale a entrepris d'améliorer l'attractivité des postes de médecin scolaire en revalorisant leur rémunération et en suscitant la création d'une formation de spécialité transversale (FST) médecine scolaire, dont la mise en place, prévue pour novembre 2019, n'a pas pu se concrétiser (cf. II.I.B.2 et II.I.B.3 ci-après).

III - Une performance non suivie, très en deçà des objectifs

L'évaluation de la performance est une entreprise complexe. Tout d'abord, les missions des personnels ne sont pas clairement priorisées, comme la Cour l'avait relevé dans son rapport de 2011. Elles ne sont pas non plus organisées. Elles se traduisent par une description pléthorique de tâches (cf. I.I.B ci-avant) et de multiples injonctions émanant de différents

²⁷ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), *Études et résultats*, N° 1061, mai 2018, 10 000 médecins de plus depuis 2012.

Ministère chargé de la santé, *Les chiffres clés de l'offre de soins*, édition 2018.

niveaux hiérarchiques parmi lesquelles chaque personnel opère ses choix. En second lieu, les missions de santé scolaire se déploient dans un contexte de chaos statistique alimenté par une grève des remontées de données d'activités.

Néanmoins, deux grandes catégories de missions se dégagent : d'une part les actions individuelles de dépistage et la prise en charge des élèves atteints de troubles des apprentissages, malades ou porteurs de handicaps ; d'autre part la promotion de la santé, qui repose principalement sur des actions collectives. Une priorité de fait est donnée aux actions individuelles mais de façon différenciée : le service des médecins est concentré sur des visites obligatoires ; celui des personnels infirmiers sur l'accueil des élèves à l'infirmerie.

A - Une opacité de l'activité due à une grève administrative, une évaluation inexistante

1 - La méconnaissance tolérée de l'activité des services de santé scolaire

L'activité des services de santé scolaire est normalement suivie par l'administration centrale via l'enquête *santé-social* de la direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO). Cette enquête statistique est envoyée chaque année aux académies, sous le format d'un document Excel. Or, les personnels de santé, médecins et infirmiers, reçoivent des consignes syndicales de « grève administrative », c'est-à-dire de refus de transmission des statistiques. Sans être générale, cette consigne est assez largement suivie, si bien que le ministère ne dispose que d'une information lacunaire et peu fiable²⁸.

Confrontée depuis plusieurs années à ce « boycott », la DGESCO a continué à produire, quoique de manière irrégulière et avec beaucoup de retard, des synthèses statistiques de qualité dégradée²⁹ et n'a pas donné d'instructions pour que les personnels considérés se voient rappeler leurs obligations statutaires. Les recteurs n'ont pas davantage pris de dispositions en ce sens. Les raisons invoquées par les personnels tiennent aux conditions de travail difficiles et à l'inadéquation des supports de renseignement mis à disposition par l'administration.

La hiérarchie qui cherche à éviter le conflit, confrontée à la difficulté de pourvoir les emplois vacants de médecins, se satisfait d'une situation dans laquelle les responsables académiques n'ont qu'une vision très vague de l'activité des services de santé scolaire. Non seulement les enquêtes de la DGESCO sont peu et mal renseignées mais les services académiques ne tiennent pas de tableaux de bord de l'activité des personnels. Les outils managériaux les plus élémentaires ne sont généralement pas en place, privant tant l'autorité académique que l'administration centrale des moyens de piloter ces services.

La Cour n'a donc pas pu s'appuyer sur les données de la DGESCO, trop partielles et trop peu fiables, et a réalisé sa propre enquête dans les académies, centrée sur la réalisation des visites obligatoires. L'exploitation des réponses a mis en évidence une méconnaissance par les services déconcentrés de l'éducation nationale de l'activité de leurs personnels.

²⁸ En académies, les personnels concernés se plaignent au demeurant de l'envoi tardif de l'enquête par la DGESCO : celle-ci leur parviendrait peu avant la fin de l'année scolaire, ce qui n'est pas optimal pour recueillir exactement les données demandées ; la DGESCO réplique que les modifications de l'enquête d'une année sur l'autre sont minimales, et ne peuvent compromettre les réponses.

²⁹ Faible nombre des départements répondants, informations partielles, indicateurs affichés sans qu'on puisse les rapporter à une population d'élèves concernés.

Parmi les psychologues de l'éducation nationale (PsyEN), seuls ceux du second degré sont concernés par une évaluation interne. La DGESCO n'a pas été en mesure d'en communiquer les résultats pour 2017-2018 et 2018-2019 et a indiqué que « *compte-tenu de l'inquiétude des personnels, la remontée d'information par enquête n'a pas été opérante. Les informations ne sont donc pas disponibles* ». L'activité des psychologues du 1^{er} degré ne fait l'objet d'aucune enquête ou évaluation interne.

S'agissant de la protection de l'enfance, les statistiques des signalements au procureur ou transmises aux départements ne sont pas communiquées au niveau national : elles n'ont été communiquées à l'administration centrale que par 63 % des académies en 2017 et 80 % en 2018. Ainsi, l'éducation nationale, première émettrice d'informations préoccupantes, comme le précise le rapport de l'Assemblée nationale sur l'aide sociale à l'enfance paru en 2019³⁰, ne connaît pas le nombre d'informations transmises chaque année.

Quant à l'évaluation de l'évolution de la santé des élèves, la dernière synthèse disponible est celle de 2013-2016 fondée sur l'année scolaire 2013-2014 ; la synthèse pour l'année scolaire 2017-2018 n'est pas encore disponible. Il est clair que les outils d'évaluation interne font défaut. C'est principalement à travers d'autres enquêtes que la santé des élèves peut être approchée. Depuis l'année scolaire 1999-2000, le ministère chargé de la santé (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques/DREES et direction générale de la santé/DGS) organise en partenariat avec le MENJ des enquêtes sur la santé des élèves à trois moments-clés de leur scolarité : grande section de maternelle (5-6 ans), CM2 (9-10 ans), et 3^e (14-15 ans).

2 - Des indicateurs budgétaires peu pertinents, restreints en raison de la grève statistique

L'objectif « *Promouvoir la santé des élèves et contribuer à améliorer leur qualité de vie* » est le second objectif du programme 230 dans les projets annuels de performance (PAP) présentés au Parlement. Au sein de cet objectif, deux indicateurs de performance retracent les réalisations du ministère de façon partielle et peu utilisable.

Le premier concerne le bilan de santé de la 6^e année des élèves de l'enseignement public ou privé. L'évolution récente de cet indicateur ne permet plus de rendre compte de la performance de la santé scolaire car il n'est depuis 2018 plus calculé que pour les seuls élèves en éducation prioritaire (REP+ et REP). Auparavant, il rendait compte de la situation de l'ensemble des élèves. Ne disposant pas de cette information sur l'ensemble du territoire, le ministère a réduit le périmètre de calcul de l'indicateur aux seuls REP+ et REP. La DGESCO justifie ce choix par le souci de réduction des inégalités de santé dès le plus jeune âge et par la faible robustesse d'un indicateur trop général en raison de remontées statistiques incomplètes. Ces arguments ne sont pas recevables : si la connaissance des résultats en éducation prioritaire est importante, il est aussi nécessaire de présenter au Parlement le niveau de respect des objectifs nationaux de visites médicales. La Cour a formulé dans sa note d'analyse de l'exécution budgétaire 2018 la recommandation suivante : « Remplacer l'intitulé de l'indicateur

³⁰ Rapport déposé le 3 juillet 2019 par la mission d'information sur l'aide sociale à l'enfance, présenté par M. Alain RAMADIER, Président et Mme Perrine GOULET, Rapporteuse, Députés. Ce rapport mentionne en outre que « *la transmission des IP ? est le produit d'une interaction fructueuse, quoique parfois insuffisante faute notamment de moyens humains, s'agissant notamment des assistants sociaux, tout particulièrement dans le premier degré* ».

2.1 du programme 230 par « proportion d'élèves ayant bénéficié du bilan de santé dans leur sixième année ».

L'indicateur « Qualité de vie perçue des élèves de troisième » est le deuxième indicateur choisi par la DGESCO pour suivre la promotion de la santé et de la citoyenneté. Cet indicateur introduit depuis le PAP 2012 est fondé sur une enquête auprès des élèves de 3^e relative à leur niveau de satisfaction globale de vie. La notion de bien être des élèves, incorporant la promotion de la santé, est ainsi partiellement mesurée.

B - Des taux de réalisation des visites obligatoires très insuffisants

1 - La visite médicale obligatoire par le médecin scolaire dans la 6^e année de l'enfant

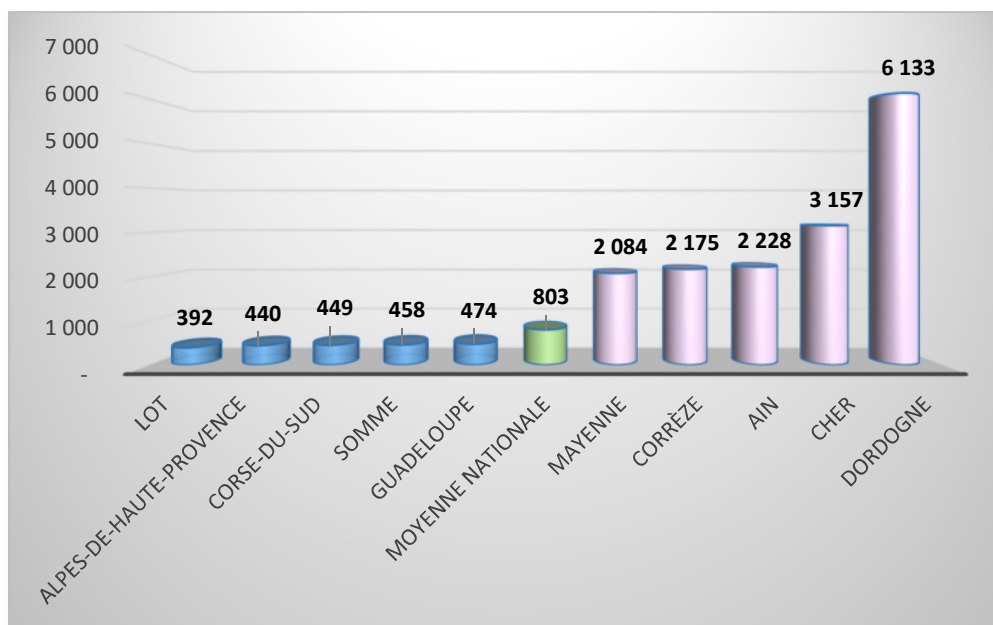
a) Une charge moyenne de travail par médecin en progression

La charge moyenne de visites de la 6^e année (enseignement public et privé) par médecin a augmenté de 17 % en cinq ans : elle passe de 688 en 2013 à 803 en 2018. Elle croît dans plus des deux tiers des départements (elle est multipliée par 8 en Dordogne et environ par 3 dans le Cher, le Gers et l'Yonne) et diminue dans une trentaine d'entre eux. En dehors des cas particuliers de l'Indre, Mayotte et Paris³¹, la charge moyenne varie de 392 (Lot) à 6 133 (Dordogne), dans huit départements la charge moyenne est inférieure à 500, supérieure à 2 000 dans six départements.

Les situations peuvent être très hétérogènes entre les départements d'une même académie. C'est, par exemple, le cas dans l'académie de Clermont-Ferrand (charge moyenne de 1 341 dans le Cantal, 695 dans le Puy-de-Dôme), de Limoges (2 175 en Corrèze, 902 dans la Creuse), de Lyon (2 228 dans l'Ain, 662 dans le Rhône), de Montpellier (1 394 en Lozère, 535 dans les Pyrénées-Orientales) ou de Nancy-Metz (1 235 en Moselle, 700 en Meurthe-et-Moselle).

³¹ En ce qui concerne, l'Indre et Mayotte, en raison de l'absence de médecin de secteur, il n'est pas possible de calculer une charge moyenne par médecin. Dans l'académie de Paris, la visite médicale des élèves du public est assurée par les médecins de la ville de Paris. La charge moyenne de visites médicales par médecin de l'éducation nationale est donc calculée uniquement sur les élèves scolarisés dans le privé. Cette charge s'établit seulement à 164 en raison de la faiblesse des effectifs d'élèves concernés. Il convient de souligner que l'académie de Paris n'a pas déclaré de visites médicales pour les élèves du privé.

Graphique n° 3 : charge moyenne de visites médicales de la 6^e année par ETP de médecin : les 5 taux les plus favorables et les 5 taux les plus dégradés au 30 novembre 2018 hors Indre, Mayotte et Paris



Source : Calcul Cour des comptes d'après données de la DEPP

b) Une nette dégradation du taux de réalisation des visites médicales

Depuis 2013 le taux de réalisation de la visite passe de 26 % à 18 %, soit une chute de 8 points³². Sur les 80 départements pour lesquels les données ont permis de calculer un taux de de visite en 2013, 51 départements voient leur performance se dégrader en 2018-2019, elle est particulièrement marquée pour le secteur privé avec une baisse de plus de 13 points.

Tableau n° 4 : visite médicale de la 6^e année : évolution par secteur d'enseignement

		Public	Privé	Secteur non différencié	Public+Privé
Taux de réalisation	2013-2014	25,8 %	17,4 %	29,5 %	26,0 %
	2018-2019	19,7 %	4,0 %	18,6 %	18,0 %
	Évolution en point	-6,2	-13,4	-10,8	-8,0
Part dans le total des visites réalisées	2013-2014	67,1 %	5,9 %	27,0 %	100 %
	2018-2019	83,6 %	2,2 %	14,2 %	100 %

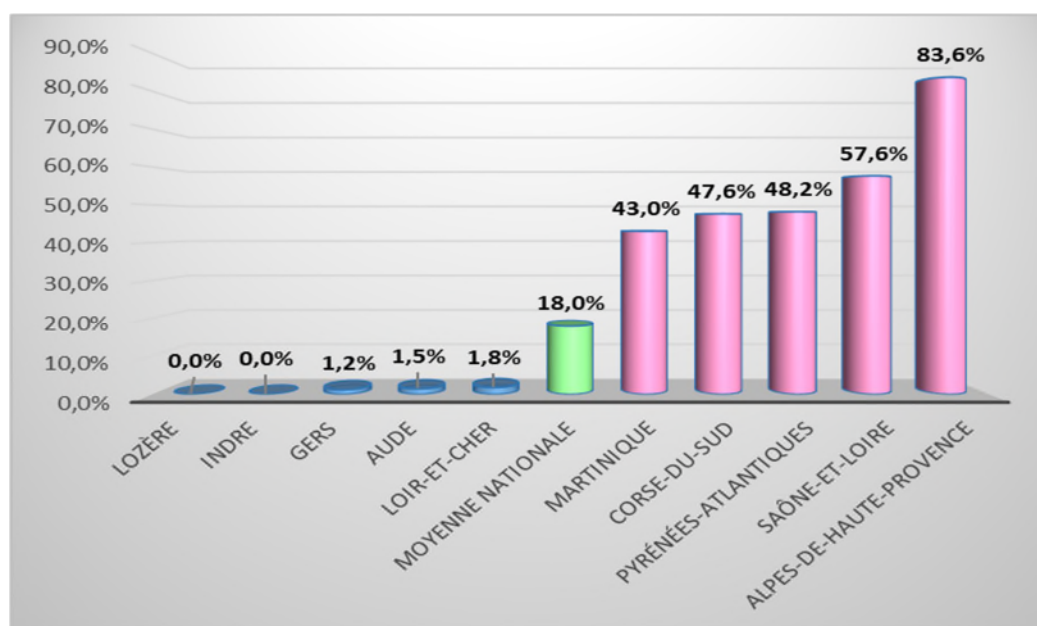
Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies et de la DEPP

³² Résultats de l'enquête menée par la Cour auprès de l'ensemble des académies (cf. Note méthodologique en annexe n° 13).

De fortes disparités entre les départements

Le taux moyen de réalisation des visites médicales recouvre de très fortes disparités entre les départements³³.

Graphique n° 4 : taux de réalisation de la visite de la 6^e année en 2018-2019 : les 5 taux les plus faibles et les 5 taux les plus élevés



Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies et de la DEPP

L'absence de corrélation entre taux d'encadrement des élèves par les médecins et taux de réalisation des visites médicales

Cette corrélation n'existe que pour les départements qui se situent aux deux extrêmes des résultats. S'agissant des autres départements, la corrélation taux d'encadrement/taux de réalisation des visites est moins évidente :

³³ Le détail des taux de réalisation de la visite médicale par département est retracé en annexe n° 14.

**Tableau n° 5 : taux d'encadrement au 30 novembre 2018
et taux de visite 2018/2019**

<i>Département</i>	Taux de visite 2018-2019	Nbre d'élèves par ETP de médecin (y/c vacataires)
<i>Rhône</i>	38,9 %	12 233
<i>Lot</i>	38,8 %	6 464
<i>Eure-et-Loir</i>	37,7 %	20 685
<i>La Réunion</i>	35,1 %	7 774
<i>Meuse</i>	33,8 %	12 176
<i>Vosges</i>	31,8 %	10 839
<i>Côte-d'Or</i>	31,2 %	9 706

Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies et de la DEPP

c) Un nombre d'enfants non examinés en nette augmentation

La part des enfants dans leur 6^e année qui ne bénéficient d'aucun examen physique de santé par un professionnel de santé de l'éducation nationale, médecin ou infirmier, augmente considérablement en cinq ans. Cette part fait plus que doubler entre 2013-2014 (26 % d'enfants non vus) et 2018-2019 (58 % d'enfants non vus)³⁴. Il s'agit d'une tendance massive qui concerne la quasi-totalité des départements : seuls 5 départements (Marne, Haute-Marne, Bas-Rhin, Haut-Rhin et Martinique) échappent à ce constat (sur les 80 départements pour lesquels il a été possible de calculer ce ratio en 2013-2014). Dans 27 départements, le ratio des enfants non vus est supérieur à 80 % (100 % en Lozère, plus de 98 % dans l'Aude et en Corrèze) alors qu'il est inférieur à 20 % dans seulement 8 départements (3 % dans le Haut-Rhin et 7 % en Ariège, les deux départements qui présentent un taux inférieur à 10 %).

Le phénomène est beaucoup plus prononcé dans l'enseignement privé : plus de 93 % d'enfants non vus en 2018-2019 (contre 52 % dans l'enseignement public)³⁵.

d) Des villes délégataires efficaces mais aux moyens importants

Huit villes délégataires des dépistages ont la responsabilité de 200 000 élèves (Antibes, Bordeaux, Grenoble, Lyon, Nantes, Paris, Strasbourg, Villeurbanne³⁶). Le taux de réalisation de la visite de la 6^e année est beaucoup plus élevé dans ces villes : en 2018 il s'établit à 73 %, soit 4 fois plus que le taux de l'éducation nationale (18 %). Le taux d'enfants non examinés physiquement par un professionnel de santé est 6 fois moindre dans ces villes (9,6 %).

Cependant, comme à l'éducation nationale, le taux de réalisation de la visite médicale se dégrade entre 2013 (83,5 %) et 2018 (72,8 %). Le recul est très net dans les villes de Bordeaux, Grenoble et Villeurbanne.

³⁴ Cf. Détail par département en annexe n° 15.

³⁵ Il convient de souligner que certains établissements d'enseignement privés emploient des personnels de santé. Les services de l'éducation nationale déclarent n'avoir aucune visibilité sur l'activité de ces personnels.

³⁶ Cf. annexe n° 16.

Si les villes délégataires sont plus efficaces que l'éducation nationale, elles ont des moyens humains plus importants : le taux d'encadrement en médecins est quatre fois plus favorable. Cette situation s'explique en partie par une différence de périmètre d'intervention : les médecins de l'éducation nationale interviennent en principe auprès des élèves du public et du privé, les médecins des villes délégataires exercent auprès des élèves du 1^{er} degré uniquement et parfois seulement auprès de ceux scolarisés dans l'enseignement public, comme cela est le cas à Lyon, Paris et Strasbourg. Cependant, même en ne considérant que les élèves du 1^{er} degré public, le taux d'encadrement en médecins de l'éducation nationale demeure deux fois plus défavorable.

2 - Le bilan infirmier obligatoire de la 12^e année

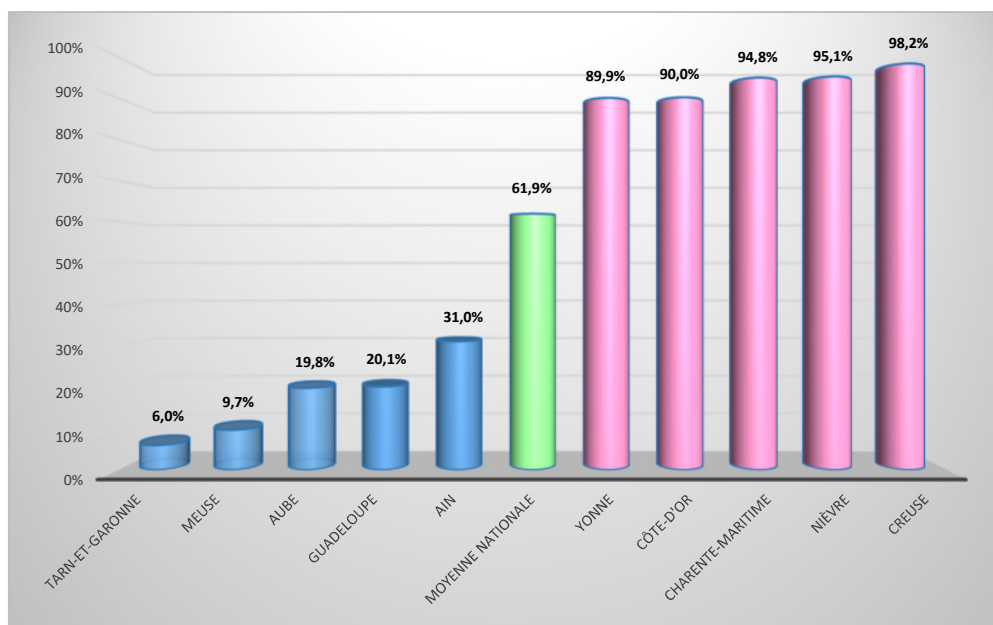
Le taux de réalisation du bilan infirmier de la 12^e année a augmenté de 6,2 points passant de 55,7 % en 2013 à 62 % en 2018³⁷. Les taux sont supérieurs pour le seul enseignement public, respectivement 71 % et 78 %. Cette évolution est à interpréter avec précaution car la législation a évolué au cours de cette période : le dépistage de la 12^e année n'est obligatoire que depuis 2015³⁸. Avant cette date, les textes laissaient l'initiative aux personnels infirmiers d'organiser un dépistage en fonction des besoins³⁹. De fait, les pratiques étaient très variables d'une académie à l'autre.

³⁷ Élèves dans leur 12^e année (données DEPP).

³⁸ Arrêté du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation.

³⁹ Circulaire n° 2001-014 du 12 janvier 2001 relative aux missions des infirmier(ère)s de l'éducation nationale. *L'infirmier(ère) organise, si besoin est, le suivi de l'état de santé des élèves en complément des visites médicales obligatoires, en vue de repérer les difficultés éventuelles de santé ou les élèves fragilisés. [...] Il peut s'agir, soit des élèves signalés lors du bilan de la 6^{ème} année, soit des élèves signalés au cours de leur scolarité comme étant en situation de fragilité, soit des élèves d'un niveau donné de classe, par exemple CE 2 et 5^{ème}.*

Graphique n° 5 : taux de réalisation des bilans infirmiers de la 12^e année en 2018-2019 : les 5 départements dans lesquels le taux est le plus faible et les 5 dans lesquels le taux est le plus élevé



Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies et de la DEPP

Les réalisations sont à rapporter aux effectifs d'élèves concernés. En 2018, chaque personnel infirmier a en charge, en moyenne, 83 élèves dans leur douzième année scolarisés dans le secteur public⁴⁰ (ce ratio passe à 134 élèves si l'on ne considère que les personnels affectés dans les collèges). La moyenne de 83 élèves par infirmier cache de très fortes disparités entre départements et une corrélation avec les taux de réalisation encore moins probante que pour les médecins scolaires.

Tableau n° 6 : taux de réalisation du bilan infirmier de la 12^e année en 2018-2019 en fonction de la charge par infirmier

Départements	Nb moyen d'élèves dans leur 12 ^e année par infirmier	Taux de réalisation de la visite de la 12 ^e année
Cantal	46,5	72,6 %
Haute-Marne	48,8	91,9 %
Gard	102,4	100 %
Yvelines	102,5	69,9 %
Bouches-du-Rhône	102,5	51,4 %
Gironde	102,6	62,6 %
Tarn-et-Garonne	107,5	7,4 %
Hauts-de-Seine	107,8	56,7 %
Haute-Savoie	114,2	98,4 %

Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies et de la DEPP

⁴⁰ Ici, les comparaisons sont présentées pour le périmètre de l'enseignement public, car dans la plupart des départements, les bilans ne concernent que marginalement les élèves de l'enseignement privé.

Les visites de dépistage dans les établissements privés sous contrat par les personnels infirmiers de l'éducation nationale sont très marginales⁴¹ : certaines académies n'ont pas trouvé trace de ces visites dans leurs statistiques (Amiens, Besançon), d'autres ont explicitement déclaré ne pas intervenir dans les établissements privés sous contrat (Clermont-Ferrand, La Réunion, Nantes, Rennes, Toulouse).

3 - La visite médicale obligatoire pour travaux réglementés

Les visites médicales obligatoires des élèves mineurs de plus de 15 ans préalablement à leur affectation à des travaux réglementés⁴² ont été réalisées à 81 % en 2018 (ce taux a été calculé à partir du nombre de visites déclaré par chaque académie, rapporté aux effectifs concernés également communiqués par elles). Les académies de Besançon, de Bordeaux et de la Réunion n'ont pas été en mesure de communiquer le nombre d'élèves concernés par cette visite.

Les visites pour travaux réglementés concernent très majoritairement le secteur public. Seules 4 779 visites dans des établissements privés sous contrat ont été déclarées sur un total de 184 653 (soit 2,6 %)⁴³ (Cf. annexe n° 18).

La visite médicale n'est pas toujours systématique. Dans l'académie de Besançon, tous les élèves concernés bénéficient d'une visite médicale lors de leur première année de second cycle. Les années suivantes, ils ne sont pas tous examinés : certains sont vus pour un entretien non accompagné d'un examen médical ou bien le médecin n'examine, sur la base d'un questionnaire envoyé aux parents, que les élèves ayant eu un problème de santé au cours de l'année ou ceux qui ont été victimes d'un accident du travail. Dans l'académie de Nice, le renouvellement du certificat d'aptitude des élèves de 1^{ère} et terminale s'effectue sur dossier. En Martinique, seuls les élèves de 1^{ère} année de CAP et de 2nde Bac pro ont été vus en 2018.

Chaque médecin scolaire a réalisé en moyenne 180 visites pour travaux réglementés durant l'année 2018-2019⁴⁴. Cette moyenne nationale recouvre là aussi de fortes disparités :

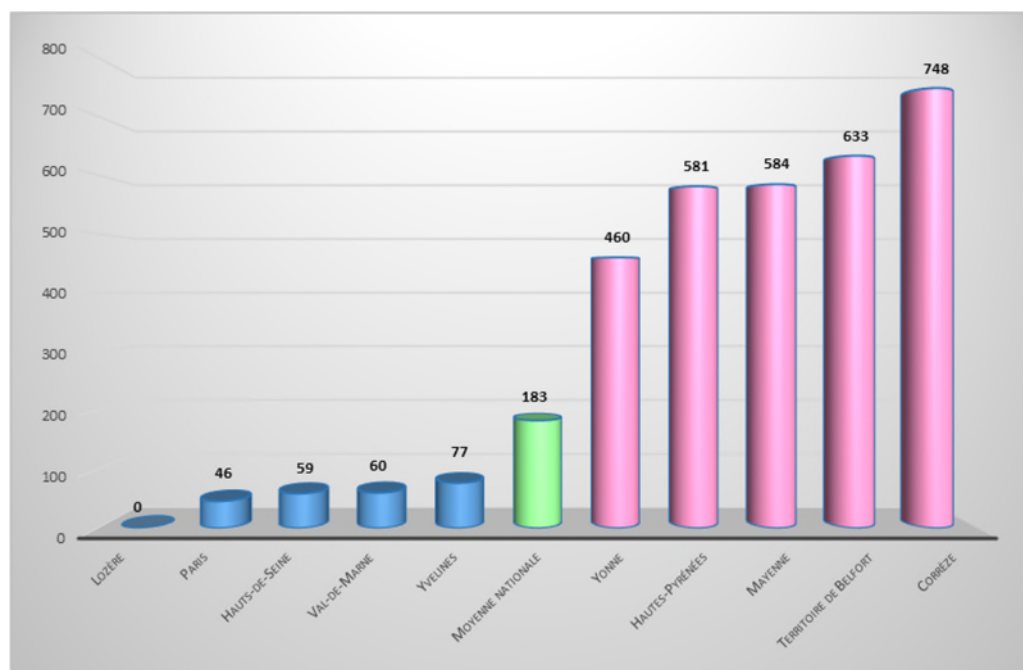
⁴¹ Voir en annexe n° 17 les 7 départements qui ont déclaré réaliser ces bilans pour les élèves du privé.

⁴² Conformément à l'art. R. 234-22 du code du travail.

⁴³ Sont concernés l'Allier (académie de Clermont-Ferrand) ; la Seine-et-Marne (académie de Créteil) ; la Corrèze (académie de Limoges) ; la Savoie (académie de Grenoble) ; le Maine-et-Loire, la Sarthe et la Vendée (académie de Nantes) ; les Ardennes et la Marne (académie de Reims) ; l'Aveyron, la Haute-Garonne et le Tarn (académie de Toulouse) ; l'ensemble des départements des académies de Dijon, de Lille et de Rennes.

⁴⁴ Moyenne calculée sur la base du nombre de visites réalisées communiquées par les académies en réponse à l'enquête de la Cour rapporté aux effectifs exprimés en ETP vacataires compris (source DEPP pour les effectifs titulaires et contractuels, les données relatives aux vacataires ont été communiquées par les académies).

Graphique n° 6 : nombre de visites pour travaux réglementés réalisées par médecin scolaire (vacataires compris) en 2018-2019 : les 5 taux départementaux les plus faibles et les 5 taux départementaux les plus élevés



Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies et de la DEPP

C - Une mission d'éducation à la santé reléguée au second rang

Dans les missions de promotion de la santé énumérées par la loi de 2016 sur la modernisation du système de santé⁴⁵, le volet éducation à la santé est défini comme « l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation à la santé destinés à développer les connaissances des élèves à l'égard de leur santé et de celle des autres et à l'égard des services de santé ». Si la loi de 2016 dispose que « la promotion de la santé à l'école [...] relève en priorité des médecins et infirmiers de l'éducation nationale », l'éducation à la santé est une mission qui impose la collaboration non seulement des acteurs de la vie scolaire, conseillers principaux d'éducation et assistants d'éducation, qui ne sont présents que dans le second degré, mais aussi des enseignants. À cet effet, le parcours éducatif comporte des « compétences psychosociales » (CPS) à apporter aux élèves présentées dans un document ministériel de « mise en perspective des compétences psychosociales et des domaines du socle » pour les programmes des cycles 2, 3 et 4 du socle commun de compétences et connaissances. S'agissant de la part que les professionnels de santé scolaire prennent dans l'éducation à la santé, l'engagement varie beaucoup selon que l'on considère l'activité des médecins ou des personnels infirmiers : ces derniers sont beaucoup plus engagés dans les actions au sein des établissements pour lesquelles les médecins peinent à se rendre disponibles.

⁴⁵ Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

La DGESCO a conduit pour l'année scolaire 2017-2018 une enquête auprès de ses services déconcentrés et des établissements pour retracer l'activité des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), dont chaque EPLE doit être doté, et des comités correspondants au niveau départemental (CDESC) et académique (CAESC). 26 académies sur 30 ont mis en place leur comité académique, et au moins 75 directions départementales ont fait de même à leur niveau⁴⁶. Au niveau des établissements, la synthèse de la DGESCO ne permet pas d'identifier précisément le nombre de CESC, mais on peut déduire des éléments qu'elle présente que près de 60 % au moins des établissements (probablement des EPLE, car peu d'établissements privés ont répondu à l'enquête) se sont dotés d'un CESC⁴⁷.

L'éducation nationale s'en remet beaucoup aux programmes d'action des ARS pour les interventions externes en écoles et établissements, et pour l'appui à leurs projets spécifiques de prévention ou de promotion de la santé (cf. III.VI ci-après).

Deux problèmes se posent quant à cette mission d'éducation à la santé.

D'une part un problème de qualité des actions, signalé tant par les ARS que par Santé publique France : cette qualité est rarement évaluée, en tout cas rarement par une évaluation externe. Les chefs d'établissement peuvent se trouver confrontés à la pression du milieu associatif local, qui cherche à intervenir à l'école, et n'est pas toujours qualifié pour le faire de manière fiable et appropriée à l'âge des enfants. Certaines interventions de prévention des addictions, évaluées par Santé publique France, se sont ainsi révélées avoir produit l'effet inverse du but recherché, notamment dans le domaine de la lutte contre les addictions. Les ARS cherchent à promouvoir des actions considérées comme « probantes » au terme d'une évaluation, ou mises en place par des opérateurs conventionnés : sur ces fondements il serait utile que le ministère exerce davantage un encadrement des choix des écoles et des établissements en matière d'intervenants externes pour des projets d'éducation à la santé.

D'autre part, le soutien des ARS à l'éducation à la santé passe par des procédures sélectives, comme des appels à projets, dont ne bénéficie, par construction, qu'un nombre restreint d'établissements ou d'écoles. Il n'existe pas ainsi d'échelle nationale de cet apport.

⁴⁶ 89 directions départementales ont répondu à l'enquête ; parmi elles, 75 ont installé leur CDESC ; pour celles qui n'ont pas répondu, on ne sait pas.

⁴⁷ 4 773 établissements sont mentionnés comme « ayant intégré les actions de leur CESC au projet d'établissement », ce qui permet de déduire qu'ils ont un CESC, le RERS 2019 décompte 7 799 établissements publics du second degré.

CONCLUSION

La santé scolaire a été soutenue par un effort budgétaire sur la longue période, les effectifs de personnels infirmiers et d'assistance sociale mais aussi de psychologues ont cru, des postes de médecins ont été ouverts même s'ils ne sont pas pourvus pour un tiers. Or les résultats en termes de visites et dépistages obligatoires, prévus par la loi, sont très médiocres et dans certains cas alarmants. Ils ne sont pas connus par le ministère qui s'est facilement accommodé d'une grève administrative, perdant alors toute capacité de pilotage des services médicaux et infirmiers.

En effet, si la pénurie de médecins scolaires pèse, elle ne peut à elle seule justifier des résultats très loin d'être corrélés aux taux d'encadrement des élèves par les médecins et les personnels infirmiers, qui attestent d'une défaillance dans la conduite des services. Ainsi les bilans infirmiers de la 12^e année devraient être réalisés partout à près de 100 % au vu des charges de travail. En fait, le rapport entre le nombre d'élèves dans leur 6^e année et de médecins de l'éducation nationale pose le problème du ciblage des élèves prioritaires pour cette visite médicale, en principe universelle. Le déséquilibre entre les objectifs et les moyens en personnels médicaux n'a pas été pris en compte pour définir de nouveaux axes de travail alors que l'arrêté interministériel du 3 novembre 2015 contribuait à une régression des visites médicales obligatoires par le désengagement des services infirmiers qui jusque-là collaboraient avec les médecins.

L'éducation à la santé n'est pas un dispositif robuste et concernant tous les élèves, sa teneur, aléatoire, est peu contrôlée. De façon générale, les activités des personnels de santé sont mal mesurées ce qui ne veut pas dire que la présence des personnels de santé, notamment des personnels infirmiers, dans les établissements ne soit pas active et réelle, appréciée et attendue par la communauté éducative, les élèves et leurs parents. Seulement, les conditions de leurs services ne peuvent être optimisées par défaut d'une connaissance objectivée et partagée.

Enfin un effort d'unification de la présentation budgétaire doit être conduit pour mieux rendre compte au Parlement de la totalité des moyens mis en œuvre.

Chapitre II

Un pilotage distendu à l'origine

d'une perte d'efficience

Face aux difficultés persistantes de la santé scolaire, le ministère de l'éducation a consenti un effort budgétaire important et pris diverses dispositions en faveur de l'attractivité de la médecine scolaire et des autres professions de la santé scolaire. Elles sont retracées dans la première partie de ce chapitre.

Toutefois cet effort réel a vu ses effets compromis par le cloisonnement des services de la santé scolaire (service médical, service infirmier, service social, psychologues du premier et du second degré) décrit dans la deuxième partie.

Enfin le dispositif d'ensemble de la santé scolaire souffre d'un défaut de gouvernance au sein du ministère, tant en administration centrale qu'en académies, ouvrant la voie à une diversité d'approches qui, sans justification objective, contrevient à l'égalité de traitement des élèves. C'est l'objet de la 3^e partie de ce chapitre.

I - Des mesures favorables à la santé scolaire de portée restreinte

A - La mobilisation des expertises autour de la santé scolaire

La Cour s'était intéressée aux métiers de la santé scolaire en 2011 dans le cadre d'un rapport demandé par le Président de l'Assemblée nationale pour le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques « Contribution à l'évaluation de la médecine scolaire » qui constitue une base de référence utile pour analyser les évolutions depuis cette date. Elle relevait que, dans un contexte de grandes difficultés de recrutement de médecins, la GRH, faute de priorités claires et d'une prise en compte des besoins des élèves, ne permettait pas de réduire les fortes disparités territoriales en matière d'accès à la médecine scolaire. Elle recommandait d'inciter les ARS à mettre en place des échanges d'informations entre l'ensemble des professionnels de santé, en vue d'un suivi plus efficace des élèves. La Cour déplorait le défaut d'évaluation des activités des services médicaux et de leur impact, notant déjà une dégradation du taux de réalisation des visites médicales obligatoires à 6 ans⁴⁸.

Une évaluation de la médecine scolaire a ensuite été demandée par le Premier ministre (M. Valls) en juin 2015, dans le cadre de la modernisation de l'action publique, à une mission d'inspection interministérielle (IGEN-IGAENR-IGAS). Son rapport, rendu en avril 2016,

⁴⁸ Voir le résumé du rapport et les orientations de la Cour, en annexe n° 19.

relevait la tension entre les missions et les moyens, l'insuffisance des actions de promotion de la santé, un pilotage beaucoup trop lâche et un travail interministériel trop aléatoire. La mission a exploré des scénarios d'évolution variés mais qu'elle a elle-même jugés fragiles, plaidant finalement pour conforter le binôme médecin-infirmier, pour revaloriser la rémunération des médecins scolaires afin d'améliorer l'attractivité du métier, pour définir des priorités parmi les missions de la santé scolaire, pour renforcer le pilotage par le ministère et l'articulation avec le ministère de la santé, les ARS et les acteurs de santé. Ce rapport est resté confidentiel.

Le rapport de la mission « Bien-être et santé des jeunes » par le Pr Marie-Rose Moro et M. Jean-Louis Brison, de novembre 2016, a plaidé pour une meilleure prise en compte de la santé mentale des jeunes. L'académie de médecine a rendu le 24 octobre 2017 un avis sur la médecine scolaire en France, recommandant « de remédier d'urgence à la pénurie des MEN⁴⁹, de recadrer leur activité dans un statut de médecin de prévention, d'assurer l'examen de santé pour tous les enfants de 6 ans, de réviser la gouvernance par la création d'un comité exécutif entre les ministères de l'éducation nationale et de la santé, d'instaurer un enseignement universitaire de la médecine scolaire sous la forme d'une formation spécialisée transversale ».

Le Conseil économique, social et environnemental (CESE) a rendu le 14 mars 2018 un avis « Pour des élèves en meilleure santé ».

Un rapport relatif au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de 0 à 6 ans, a été demandé le 24 septembre 2018 par le Premier ministre à Mme Stéphanie Rist, députée, et au Dr Marie-Sophie Barthet-Derrien, directrice adjointe de la PMI de Lyon Métropole. Leur rapport, remis en mars 2019, relève les lacunes en matière de bilans de santé des enfants de 3 à 4 ans (par les services départementaux de PMI) et de la 6^e année (par la médecine scolaire), « sans corrélation avec le niveau de couverture par les visites pédiatriques / médecine générale », ainsi que la faiblesse des données disponibles. Il propose de « mobiliser les projets territoriaux de santé et les contrats locaux de santé pour réaliser un diagnostic des besoins et des ressources et se doter d'objectifs partagés », de faire de l'exercice coordonné entre PMI, santé scolaire et professionnels libéraux, la référence en matière de santé de l'enfant, avec un objectif de réalisation de 100 % des bilans des 3-4 ans en maternelle et un ciblage des bilans de la 6^e année, à réaliser par la médecine scolaire et des partenaires, la médecine scolaire n'y suffisant pas. Il recommande une évolution dans le partage des tâches entre médecins et infirmiers de l'éducation nationale, à l'image de l'intervention des infirmières puéricultrices en articulation avec les médecins de PMI. Il met également l'accent sur le besoin d'une coordination pluri-professionnelle renforcée et sur l'utilisation du nouveau carnet de santé ainsi que le nécessaire progrès dans les travaux relatifs au dossier médical partagé (qui permettrait de mettre en œuvre un carnet de santé dématérialisé contenant les informations essentielles pour le suivi de la santé de l'enfant).

B - Des progrès ponctuels depuis le précédent rapport de la Cour

1 - La relance de l'action interministérielle avec le ministère de la santé

Les deux ministères ont conclu le 29 novembre 2016 une convention cadre de partenariat en santé publique qui vise à promouvoir la santé des enfants, des adolescents et des jeunes ;

⁴⁹ Médecins de l'éducation nationale.

parmi les objectifs généraux, on note l'idée de renforcer la fluidité du parcours entre l'école et la ville. La convention devait établir des modalités de travail pérennes au niveau national, apportant une base qui sera déclinée en régions par des conventions ARS-rectorats.

Les champs de la coopération éducation nationale/santé

- la promotion du bien-être psychique et de la santé mentale, ainsi que la prévention et la détection précoces de la souffrance et des troubles psychiques ;
- la prévention et la détection précoce des troubles notamment sensoriels, du langage et des apprentissages ;
- la promotion d'un environnement favorable à la santé, aux apprentissages et à la formation, qu'il s'agisse des aspects matériels (hygiène, sécurité, nuisances sonores, etc.), relationnels (climat scolaire) ou sociaux (lutte contre les discriminations, etc.) ; la lutte contre les phénomènes d'emprise psychique ;
- la promotion d'habitudes de vie favorables à la santé : alimentation (notamment la prévention des risques d'obésité), activité physique, rythmes de vie, sommeil, santé bucco-dentaire, etc. et d'attitudes responsables vis-à-vis de sa santé et de celle des autres : vaccination, usage des antibiotiques, etc. ;
- l'éducation à la sexualité, à la santé sexuelle et aux relations entre les personnes, et notamment entre les filles et les garçons ;
- la prévention des conduites à risque dont les conduites addictives en application du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives ;
- la mise en œuvre de politiques publiques inclusives pour les jeunes porteurs de maladies chroniques ou en situation de handicap ;
- la prévention et la détection des maltraitances et des violences ;
- la prévention des risques auditifs ;
- la veille et la sécurité sanitaire, notamment par la promotion des mesures de prévention et de protection individuelle face à des risques sanitaires émergents (ex : maladies vectorielles, épidémies, etc.) et la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles (risques infectieux, environnementaux ou d'attentats, etc.) [...].

Le comité de pilotage prévu par cette convention a fait place à un comité pour la santé des enfants et des jeunes (COSEJ), le ministère de la santé ayant souhaité mettre en place un pilotage unique des politiques de santé de l'enfant et des jeunes jusqu'à 25 ans conduites en partenariat avec l'éducation nationale, l'enseignement supérieur, l'agriculture et la justice. La déclinaison de la convention en région s'est mise en place progressivement (Voir III.VI ci-après), l'enquête de la Cour atteste de la mobilisation des ARS, au moins dans le champ de l'éducation à la santé.

2 - La revalorisation des statuts et des rémunérations

S'agissant des médecins scolaires, la Cour pointait dans son rapport de 2011 le déficit d'attractivité du métier, dû notamment à la faiblesse des rémunérations proposées : « les médecins de l'éducation nationale sont les médecins publics les moins rémunérés ».

Depuis, les mesures statutaires et indemnitaires intervenues ont permis de revaloriser la rémunération des médecins de l'éducation nationale (MEN).

En premier lieu, le corps des MEN a été restructuré et des revalorisations indiciaires ont été opérées en 2012 (les premières, selon le ministère, depuis la création du corps en 1991) permettant un alignement du traitement des médecins de l'éducation nationale sur celui des corps comparables de médecins de la fonction publique⁵⁰. Cette revalorisation progressive a culminé avec la création au 1^{er} septembre 2017 d'un 3^e grade (hors classe) à la hors échelle B⁵¹.

La grille indiciaire des MEN est désormais comparable en grande partie à celle des médecins territoriaux, soit une rémunération indiciaire mensuelle brute de 2 160 € en début de carrière et de 5 000 € en fin de carrière. La grille indiciaire des médecins inspecteurs de santé publique MISP reste plus favorable en fin de carrière puisqu'elle culmine à la hors échelle C (5 496 € par mois) pour un médecin général.

Le régime indemnitaire des médecins de l'éducation a également fait l'objet d'une revalorisation lors du passage au RIFSEEP⁵² en 2015 (cf. annexe n° 20).

En définitive, selon les données communiquées par le ministère de l'éducation nationale, la rémunération mensuelle moyenne par ETP de médecin de l'éducation nationale, tous grades confondus, s'est élevée à 4 117 € nets en 2018⁵³ (cf. annexe n° 20).

Les autres professions de la santé scolaire ont également bénéficié de revalorisations statutaires très significatives. Les assistants de service social de l'éducation nationale font partie d'un corps interministériel créé en 2012, de catégorie A depuis le 1^{er} février 2019. Ils relevaient auparavant de la catégorie B. Les infirmiers de l'éducation nationale, appartiennent à un corps revalorisé en 2012, passant alors de la catégorie B à la catégorie A. Le corps des psychologues de l'Éducation nationale (PsyEN) a été créé en 2017⁵⁴. Les indemnités de fonction des PsyEN des 1^{er} et 2nd degrés n'ont toutefois pas été uniformisées.

Une nouvelle étape de revalorisation de la rémunération des médecins de l'éducation nationale paraît aujourd'hui indispensable pour accroître l'attractivité du métier. Par le passé, ces médecins appartenaient au même corps que les médecins de santé publique. Ils en ont été séparés en 1991, lors de la création du corps spécifique des médecins de l'éducation nationale. Une revalorisation indemnitaire par exemple de 30 %, d'un coût estimé à 3 M€, serait une première étape pour rapprocher les niveaux indemnitaires moyens des médecins de l'éducation nationale de celui des médecins inspecteurs de santé publique, facilitant une possible évolution ultérieure vers leur réunion dans un corps interministériel.

Celle-ci entraînerait des collaborations naturelles en offrant aux médecins scolaires comme à leurs collègues du ministère de la santé des parcours de carrière plus ouverts et plus diversifiés. Ce serait un moyen de rompre l'isolement de la médecine scolaire, qui, outre l'inscription plus marquée de son activité dans un cadre qui reste à organiser (cf. ci- après), a besoin de travailler en lien étroit avec tous les autres acteurs de santé.

⁵⁰ Décrets n° 2012-899 et n° 2012-900 du 20 juillet 2012.

⁵¹ Décret n° 2017-1538 du 3 novembre 2017.

⁵² Le Régime indemnitaire tenant des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel (RIFSEEP) est applicable depuis le 1er décembre 2015 aux médecins de l'éducation nationale.

⁵³ Moyenne pondérée par ETP. Cf. annexe n° 20.

⁵⁴ Cf. annexe n° 21.

L'appartenance des médecins à un corps interministériel n'affecterait pas le maintien du rattachement de la santé scolaire au ministère de l'éducation ; d'autres corps ont connu des fusions pour constituer un corps interministériel sans modification des périmètres de responsabilité ministériels. Le corps interministériel des assistants de service social (ASS) des administrations de l'État ne soustrait d'ailleurs pas les ASS des services de santé scolaire à l'autorité du ministre de l'éducation.

3 - La facilitation de la formation des médecins scolaires

La formation des médecins de l'éducation nationale se fait postérieurement à leur recrutement par concours ; elle est confiée à l'école des hautes études en santé publique (EHESP). Dans le cadre de la réforme des études médicales, une formation spécialisée transversale « médecine scolaire » a été créée ; le ministère en attend une amélioration de l'attractivité de la médecine scolaire, qui doit ainsi gagner en visibilité pour les étudiants, et une amélioration de la préparation au métier.

Les médecins de l'éducation nationale sont recrutés sur titre par voie de concours ; les titres requis sont ceux qui sont exigibles pour l'exercice de la profession de médecin ; la plupart des nouveaux médecins sont d'abord recrutés comme contractuels, et passent ensuite le concours pour être titularisés, au terme d'une année de stage durant laquelle ils suivent plusieurs sessions de formation, en présentiel, à l'EHESP⁵⁵ à Rennes et à l'Institut des hautes études de l'éducation et de la formation (IH2EF)⁵⁶ à Poitiers, et à distance.

Un effort d'adaptation a été fait par le ministère, compte tenu de la difficulté de recrutement, pour titulariser sur place les médecins stagiaires, qui auparavant étaient soumis à mobilité. La titularisation se fait sur la base d'une part de la vérification de l'assiduité aux modules de formation du parcours contractualisé, d'autre part, sur la production d'un travail écrit collectif de promotion de la santé, encadré par les enseignants.

Une formation spécialisée transversale (FST) médecine scolaire créée dans le cadre de la réforme des études médicales devait être mise en place à la rentrée 2019⁵⁷. La FST médecine scolaire est accessible aux étudiants de troisième cycle des études de médecine en spécialité de pédiatrie, de médecine générale et de santé publique. Selon le ministre de l'éducation nationale, « cet enseignement universitaire est une mesure de moyen long terme, qui va donner de la visibilité aux spécificités de la médecine scolaire et élargir le vivier de recrutements adaptés⁵⁸ ».

Néanmoins, si l'arrêté du 12 juillet 2019 a bien ouvert 35 places d'internat en médecine scolaire, il semble que faute d'un nombre suffisant de candidats, l'ouverture de la FST soit reportée à 2020. Cette mesure n'est donc pas, pour le moment, opérationnelle, et, si elle se met en place, sa portée ne pourra être évaluée qu'après quelques années.

⁵⁵ Thématiques *Santé, activité et environnement de travail de l'élève, promotion de la santé, santé publique, troubles des apprentissages, populations vulnérables.*

⁵⁶ Thématiques *Positionnement professionnel dans le système scolaire, communication et pratiques professionnelles, promotion de la santé.*

⁵⁷ Une FST est une « surspécialité » qui peut être commune à plusieurs diplômes d'études spécialisées ; elle rajoute 2 semestres à la durée de l'internat.

⁵⁸ Réponse Question écrite n° 03634 de M. Jean-Pierre Decool (Nord) – JO Sénat 23 août 2018.

En complément de cette mesure, afin de mieux faire connaître la médecine scolaire aux étudiants en médecine, le ministère incite les académies à accueillir davantage d'internes en stage. Cet accueil d'internes peut faciliter les recrutements : l'académie de Nancy-Metz indiquait, dans le cadre du dialogue de gestion pour 2017, qu'elle accueillait depuis 5 ans déjà des internes en médecine générale en fin d'internat et que deux anciennes internes avaient été recrutées en Meurthe-et-Moselle.

4 - Le service sanitaire des étudiants en santé

Un service sanitaire obligatoire a été introduit dans les cursus des étudiants en santé dans le cadre de la stratégie nationale de santé. Il a concerné, dès sa mise en place à la rentrée 2018, les étudiants en médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, kinésithérapie, et infirmiers (47 000 étudiants). Conçu pour initier ces étudiants aux enjeux de la prévention, leur confier des actions de prévention auprès de publics prioritaires, et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, il a concerné 4 thématiques prioritaires en 2018-2019 : alimentation, activité physique, addictions, santé sexuelle. Leur accueil s'est fait pour 73 % en établissements scolaires. Le stage dure six semaines, comportant une formation et une intervention dans le cadre d'un projet, pour l'essentiel dans le domaine de l'éducation à la santé.

Il est évidemment trop tôt pour apprécier à tous points de vue l'impact de ces stages, qui pourraient notamment familiariser les étudiants avec les services de santé scolaire et peut-être susciter des vocations.

Au total, si toutes ces dispositions témoignent du souci du ministère d'améliorer son dispositif de santé en faveur des élèves, leur impact est demeuré trop limité pour porter remède aux difficultés persistantes des services considérés.

II - Une gestion très cloisonnée des personnels et des métiers

A - Des disparités de dotation de personnels peu explicables

Pour la DGESCO, « le principal critère d'allocation des emplois est basé sur la répartition des effectifs d'élèves par académie ainsi que sur d'éventuels besoins spécifiques qui justifient, pour un même nombre d'élèves, un encadrement plus élevé. Un complément est ainsi accordé en éducation prioritaire ».

Concernant les médecins, l'ensemble des effectifs d'élèves du public et du privé est pris en compte dans la répartition des moyens du programme, bien que les médecins de l'éducation nationale interviennent plus rarement au profit des élèves de l'enseignement privé. Pour les assistants de service social et les psychologues, les dotations sont fondées sur les effectifs d'élèves du second degré public et privé, alors que les élèves du privé ne bénéficient pratiquement jamais de leurs services. Pour les infirmiers, la DGESCO indique que « *seuls les effectifs d'élèves du public sont pris en compte dans la mesure où les établissements privés sous contrat disposent d'agents exerçant ces fonctions, rémunérés sur les crédits budgétaires consacrés à l'enseignement privé* », ce qui est en contradiction avec la position de la direction des affaires financières du MEN qui procède de son côté à une réfaction de ces crédits au motif que les personnels infirmiers traitent les élèves scolarisés dans le privé.

Cette logique d'attribution des moyens, qui à l'exception de la question de la prise en compte de l'enseignement privé, peut paraître assez robuste à défaut d'être adaptée aux métiers considérés, induit pourtant des variations dans les taux d'encadrement des élèves par les différents professionnels de la santé scolaire que l'on ne parvient pas à rapporter à des caractéristiques objectives de telle académie ou tel département.

Au niveau des académies, les dotations conduisent en 2018 à une moyenne de 8 880 élèves à prendre en charge par médecin (de 6 797 en Corse à 11 747 à Orléans-Tours), 1 332 par infirmier (de 893 pour Limoges à 1 666 pour Versailles), 1 962 par ASS (de 1 334 pour Créteil à 2 857 pour Rennes), 1 501 par PsyEN du 1^{er} degré (de 1 052 pour Paris à 1 900 en Corse) et 1 038 par PsyEN du 2nd degré (de 742 pour Paris à 1 278 pour Montpellier)⁵⁹.

Ces disparités dans les dotations entre académies sont difficilement explicables par leur seule situation sociale, le poids de l'éducation prioritaire ou de la ruralité, et distinctes selon les professions considérées⁶⁰. Certes pour les infirmiers, ces dotations visent à ajuster le nombre d'agents à celui des EPLE : ceci conduit à moins doter l'académie de Créteil, académie urbaine dans laquelle le poids de l'éducation prioritaire est pourtant élevé. De facto le nombre d'élèves par établissement n'est pas un critère pris en compte.

B - Une gestion des métiers en silos, des personnels peu encadrés

1 - Des chaînes hiérarchiques et fonctionnelles confuses et distinctes

La gestion locale des assistants de service social (ASS), PsyEN, infirmiers et médecins scolaires relève de différentes chaînes hiérarchiques et fonctionnelles⁶¹.

Les ASS et les médecins sont affectés dans les DSDEN sous la responsabilité du directeur départemental et de conseillers techniques (CT) relayant eux même les politiques nationale et rectorale. Les infirmiers, affectés dans les EPLE, y exercent sous la responsabilité des chefs d'établissement ; un CT placé auprès du directeur relaie le pilotage national et rectoral mais sans responsabilité hiérarchique. Dans les rectorats, des conseillers techniques (CT médecins, infirmiers et de service social) conseillent les recteurs.

Les PsyEN du 1^{er} degré sont affectés dans des écoles et travaillent dans le cadre des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased) avec les enseignants spécialisés, sous la responsabilité des inspecteurs de circonscription qui sont leurs supérieurs hiérarchiques. Les PsyEN du 2nd degré sont affectés dans les centres d'information et d'orientation (CIO) et réalisent des permanences dans plusieurs établissements. Leurs supérieurs hiérarchiques sont les directeurs de CIO. Au niveau des DSDEN, un Inspecteur de l'éducation nationale information et orientation (IEN-IO) travaille auprès de l'IA-Dasen. Dans les rectorats, le chef

⁵⁹ Cf. annexe n° 6.

⁶⁰ La situation de la région Île-de-France, par exemple, apparaît déséquilibrée : alors que la ville de Paris couvre les besoins de santé scolaire des élèves du 1er degré pour les médecins, l'académie de Paris bénéficie de dotations de médecins (8 920 élèves par médecin) et d'infirmiers (1 216 élèves par infirmier) relativement élevées. Les taux d'encadrement par les PsyEN du 1^{er} et du 2nd degrés sont en outre les plus favorables de France métropolitaine (respectivement 1 052 et 742) sans que cela ne soit justifié par la situation sociale de cette académie. Les dotations pourraient être rééquilibrées au profit des académies voisines.

⁶¹ Cf. annexe n° 21.

du service académique de l'information et de l'orientation (CSAIO) conseille le recteur sur le pilotage des PsyEN du second degré.

Cette organisation complexe et éclatée a des conséquences négatives pour l'unité d'action et de gestion.

En premier lieu, relevant d'une chaîne hiérarchique (recteur, IA-DASEN, chef d'établissement) et d'une chaîne fonctionnelle (conseiller technique auprès du recteur, conseiller technique auprès du DASEN) distinctes, les personnels se trouvent souvent en position d'arbitrer eux-mêmes entre les priorités de service. En second lieu, les rattachements administratifs divers de ces personnels ont pour effet d'entraver les synergies, malgré des circulaires prônant leur collaboration. Dans les établissements du second degré, des instances comme les « cellules de veille » pour les élèves en difficulté, les « groupes de prévention du décrochage scolaire » ou les CESC peuvent les réunir, même si la présence des médecins scolaires y est rare. Rien de tel n'existe dans le premier degré, où la présence des infirmiers, assistants de service social et médecins n'est pas prévue systématiquement dans les réunions des « pôles ressources » incluant notamment les personnels des Rased, les IEN et les conseillers pédagogiques⁶². Les liens entre les PsyEN du 1^{er} et du 2nd degrés sont également tenus du fait de leurs hiérarchies distinctes⁶³.

2 - Des organisations de travail fractionnées, soumises à des logiques diverses selon les catégories de personnels et les académies

Chaque académie définit ses priorités et répartit en conséquence les moyens en personnel.

- Les assistants de service social (ASS) interviennent sur un secteur comprenant un ou plusieurs établissements du second degré public, selon un emploi du temps déterminé à chaque rentrée. La couverture exhaustive des établissements n'est pas recherchée, ceux qui ne bénéficient pas de la présence régulière d'un ASS, le plus souvent des lycées généraux et technologiques, s'adressent en cas de besoin au conseiller technique de service social (CTSS) départemental.

Les académies ou départements développent diverses stratégies d'allocation des moyens : dans un département, chaque ASS ne couvre pas plus de deux établissements et le nombre d'établissements découverts est important ; dans un autre département, les ASS sont répartis sur l'ensemble des établissements, pouvant aller jusqu'à cinq EPLE par ASS, ce qui conduit à augmenter les frais de déplacement et ne permet pas toujours d'assurer une permanence dans tous. Si le secteur privé sous contrat n'est pas couvert par les ASS, les conseillers départementaux répondent aux sollicitations ponctuelles des établissements privés, essentiellement dans le cadre de la protection de l'enfance.

Dans ce contexte de moyens tendus, il est regrettable que certaines DSDEN fassent encore le choix de mettre à la disposition des MDPH des ASS qui sont comptabilisés dans les moyens

⁶² Circulaire n° 2014-107 du 18 août 2014. Fonctionnement des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased) et missions des personnels qui y exercent. « *Le pôle ressource (...) les personnels sociaux et de santé de l'éducation nationale peuvent être associés autant que de besoin à son action* ».

⁶³ Certaines académies, toutefois, ont commencé à proposer des formations communes aux psychologues des deux spécialités afin de favoriser les échanges et l'appropriation d'une culture professionnelle commune.

d'assistance sociale aux élèves, alors qu'ils y réalisent plutôt des tâches administratives pouvant être effectuées par d'autres personnels.

- Les ETP de médecins scolaires sont répartis entre les départements par le recteur, qui s'appuie sur son conseiller technique médecin, puis affectés à des secteurs géographiques ou des missions ponctuelles⁶⁴ par les directeur départementaux qui eux-mêmes s'appuient sur leur conseiller technique médecin.

La couverture des zones rurales isolées est difficile. On observe de fortes disparités dans les dotations des départements (cf. I.II.B ci-avant), parfois à l'intérieur d'une même académie, certains rectorats ne parvenant manifestement pas à répartir au mieux les personnels. Bien que la définition de leurs missions couvre le privé sous contrat, les interventions des médecins dans ce secteur sont réduites du fait de consignes rectorales ou de décisions individuelles, le secteur privé étant souvent considéré comme plus favorisé et donc moins prioritaire que le secteur public. Ils sont de plus en plus et diversement sollicités par les MDPH.

- Les infirmiers sont affectés en EPLE ou sur un poste inter-degrés (un collège et ses écoles de secteur). L'augmentation récente du nombre d'infirmiers a permis aux académies de mieux pourvoir les établissements du second degré⁶⁵.

Les pratiques de pilotage académique sont très diverses : des circulaires peuvent préconiser un temps de présence des infirmiers en poste inter-degrés dans le 1^{er} degré allant d'un jour par semaine à 50 % du service, à ce stade en contradiction avec les attentes des chefs d'établissements qui sont leur supérieur hiérarchique.

- Pour les PsyEN du 1^{er} degré, les dotations en personnel sont stables et visent en général à répartir les PsyEN entre écoles dans chaque circonscription. L'organisation du travail des PsyEN du 2nd degré, entre les CIO et les EPLE, n'est pas stabilisée. Leur temps de présence en établissement est fractionné : chaque PsyEN à temps plein couvre plusieurs établissements où il assure un travail d'une demi-journée ou d'une journée par semaine. Le suivi des emplois du temps n'est pas aisé.

3 - Des personnels très autonomes et peu évalués

En pratique l'ensemble des personnels considérés jouissent d'une grande autonomie quant à l'organisation de leur service, réparti sur plusieurs écoles ou établissements. L'évaluation de leur travail est distendue et ne permet ni d'apprécier les réalisations individuelles ni de disposer d'une vision globale de la mise en œuvre de la politique de promotion de la santé.

Les ASS, médecins et infirmiers doivent être évalués dans le cadre d'entretiens professionnels annuels. Les PsyEN, comme les enseignants, sont évalués uniquement dans le cadre de trois rendez-vous de carrière. La rédaction d'un rapport d'activité ne leur est pas demandée et aucun entretien n'est obligatoire en dehors de ces rendez-vous.

⁶⁴ Dans certaines académies ou départements, des médecins sont regroupés et se déplacent conjointement sur tout le territoire pour certaines missions, comme par exemple les visites pour travaux règlementés en lycée professionnel.

⁶⁵ Les établissements possédant un internat, une section d'enseignement professionnel ou technologique, une SEGPA, une ULIS, l'éducation prioritaire et certaines zones rurales sont prioritaires.

Le suivi de l'activité des ASS est distant et mobilise peu d'indicateurs de l'enquête « santé-social » de la DGESCO.

L'entretien professionnel des médecins de l'éducation nationale est conduit par le médecin conseiller technique départemental⁶⁶, qui demande aux médecins scolaires un simple retour annuel de leurs statistiques d'activité, plus rarement un rapport annuel rédigé. Le médecin scolaire a en effet l'obligation de « réaliser le recueil des données chiffrées relatives aux indicateurs de santé de la population scolaire de son secteur d'intervention » et de « participer aux études épidémiologiques réalisées en lien avec les autorités de santé afin d'améliorer de façon régulière les connaissances relatives à l'état de santé des jeunes en milieu scolaire ».

Les infirmiers doivent bénéficier également d'un entretien annuel avec leur supérieur hiérarchique, chef d'établissement, qui n'a en général pas de compétence sur les questions de santé. Le pilotage exercé depuis la DSDEN ou le rectorat par les conseillers techniques infirmiers est de ce fait amoindri⁶⁷. Les chefs d'établissement sont en outre manifestement peu informés des missions et des obligations des infirmiers. Un bilan annuel doit être adressé par l'infirmier au chef d'établissement, précisant les statistiques d'activité saisies durant l'année⁶⁸.

Les conseillers techniques rectoraux de service social, médecins et infirmiers doivent rédiger un rapport annuel d'activité adressé au recteur. Cette évaluation est toutefois distendue. S'agissant des rapports d'activité 2018-2019, n'ont pu être communiqués à la Cour dans le cadre de cette enquête que 13 rapports de CTSS, 12 de médecins CT, et 12 d'infirmiers CT (sur 30 académies hors Mayotte). Dans plus de la moitié des cas, voire près de deux tiers des cas, les recteurs ne disposent pas de cette synthèse annuelle.

Les PsyEN du 1^{er} degré sont évalués par les inspecteurs de l'éducation nationale IEN de circonscription. Ces évaluateurs ne sont pas, en général, des psychologues et cet aspect du travail de ces PsyEN ne fait l'objet d'aucune observation par un évaluateur qualifié. Certains IEN demandent aux PsyEN du 1^{er} degré la rédaction d'un rapport d'activité annuel mais ce n'est pas systématique. Ils ne sont pas sollicités pour remplir l'enquête « santé-social » de la DGESCO et ne font pas l'objet d'une enquête spécifique. L'enquête de la Cour conclut à un processus d'évaluation très relâché.

Quant aux PsyEN du 2nd degré, leur évaluation est double, par le directeur du CIO et par l'inspecteur de l'éducation nationale chargé de l'orientation. Depuis 2017, aucune synthèse de ces évaluations n'est plus remontée au niveau national.

⁶⁶ Sauf dans le cas où l'IA-Dasen souhaite le conduire lui-même. Décret n° 2010-888 du 28 juillet 2010 relatif aux conditions générales de l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires de l'État. Circulaire MEN DGRH n° 2013-080 du 26 avril 2013.

⁶⁷ Plusieurs conseillers techniques départementaux auditionnés ont déclaré ne pas être destinataires des bilans annuels rédigés par les infirmiers, regrettant de ce fait leur méconnaissance de l'activité des infirmiers.

⁶⁸ Certains bilans d'infirmiers affectés en postes inter-degrés transmis pendant cette enquête ne font état que des statistiques d'activité portant sur le collège, ne mentionnant pas les activités réalisées dans le 1^{er} degré, sans que le chef d'établissement n'y ait porté attention. Il conviendrait que la formation initiale des personnels de direction précise mieux ces questions tout comme, plus généralement, la politique de promotion de la santé.

C - Des missions à faire évoluer pour mieux répondre aux besoins

1 - La répartition des missions des personnels entre les 1^{er} et 2nd degrés ne garantit pas une continuité du parcours de santé des élèves

Malgré la priorité affichée en faveur du 1^{er} degré, les ASS y interviennent peu et la présence des infirmiers y est réduite depuis 2015.

Le premier degré, hormis les écoles de REP+, n'est pas couvert par les ASS même si les situations locales évoluent. Depuis 2017, les ASS doivent intervenir dans les écoles de REP+, prioritairement en cycle 3. Dans certaines académies, des services départementaux sont parfois allés au-delà de cette demande, organisant par exemple une permanence téléphonique des CTSS pour le 1^{er} degré ou consacrant un ETP d'ASS au 1^{er} degré public d'un département, parfois d'une ville. La nécessité d'intervenir plus tôt dans le parcours scolaire des élèves est ressentie par les acteurs rencontrés qui ont toutefois indiqué que ces choix ont été effectués à moyens constants, les contraignant à découvrir davantage d'établissements du second degré ou à augmenter la charge d'établissements par ASS. La problématique du harcèlement fait l'objet d'une priorité croissante, portée dans certaines académies par les CTSS. L'absence de couverture du service social scolaire sur le 1^{er} degré ne permet toutefois pas aux ASS d'intervenir de façon éclairée et adaptée.

Malgré une hausse des effectifs infirmiers, l'attention portée aux élèves du premier degré s'est amoindrie depuis 2015. Si les représentants de ces personnels ont pu faire valoir que dans certains endroits, 50 % de leur temps était consacré au premier degré, aucune donnée ne vient en attester.

Les personnels infirmiers étant affectés dans les établissements du second degré, n'intervenant plus lors des visites médicales de la 6^e année et étant mobilisés pour la promotion de la santé et la politique d'éducation à la santé, il est naturel que leur présence dans les écoles soit en retrait. Dans les EPLE, les infirmiers réalisent quand ils sont présents l'accueil des élèves malades ou blessés⁶⁹, ce service est attendu des chefs d'établissement et des parents.

D'autres modalités de réponse à cette attente sont possibles à condition d'être organisées, libérant ainsi du temps infirmier. Par exemple les assistants d'éducation (AED) des services de vie scolaire pourraient participer davantage à cet accueil à condition d'être formés. Les rectorats interrogés au cours de l'enquête ont reconnu qu'ils ne se préoccupaient pas de systématiser la formation aux premiers secours – coûteuse certes pour le système scolaire, mais d'utilité commune – des AED, personnels peu stables, qui bénéficient de contrats de 6 ans au maximum⁷⁰. En conséquence, les chefs d'établissements, responsables de la sécurité des

⁶⁹ Protocole relatif à l'organisation des soins et des urgences du 6 janvier 2000. En présence d'un personnel infirmier affecté dans un établissement scolaire, ce dernier propose au chef d'établissement une organisation qui respecte l'article R. 4312-7 de l'exercice de la profession d'infirmier qui précise : « *L'infirmier en présence d'un malade ou d'un blessé en péril, ou informé qu'un malade ou un blessé est en péril, lui porte assistance, ou s'assure qu'il reçoit les soins nécessaires* ». Ainsi, la DGESCO indique que lorsque le personnel infirmier est présent, il intervient en première intention sur la situation d'urgence et va assurer la gestion de l'évaluation jusqu'à l'éventuelle évacuation de l'élève. En l'absence de personnel de santé sur place, les soins et les urgences doivent être assurés en priorité par les personnels titulaires, soit de l'unité d'enseignement Prévention et Secours Civiques (PSC1), soit du certificat de Sauvetage Secourisme du Travail (SST).

⁷⁰ Des AED auditionnés ont également précisé n'avoir pas reçu de formation de ce type.

personnes et des biens, n'étant pas certains du bon accueil des élèves en dehors de leur présence⁷¹, peuvent se montrer réticents à laisser partir l'infirmier. Par ailleurs une part croissante du temps de travail est de plus en plus consacré à l'écoute des élèves en situation de mal être dans les établissements du 2nd degré, il est donc regrettable que les conseillers principaux d'éducation CPE et surtout les PsyEN ne soient pas davantage sollicités.

2 - Le suivi de la santé psychologique des élèves peu réalisé malgré l'unification du corps des psychologues, encore centrés sur l'orientation

La création du corps des PsyEN en 2017, réunissant les « psychologues scolaires » du premier degré issus du corps des professeurs des écoles et les « conseillers d'orientation-psychologues » du second degré – qui étaient avant 1991 des « conseillers d'orientation » n'a pas encore permis d'harmoniser leurs missions, répondant pourtant à un besoin croissant⁷².

La promotion du bien-être psychique et de la santé mentale, ainsi que la prévention et la détection précoce de la souffrance et des troubles psychiques figurent au premier rang de la convention cadre de partenariat signée en 2016 par les ministères chargés de l'éducation et de la santé. Pour autant le MENJ fait porter essentiellement par les personnels infirmiers la prévention en matière de santé mentale des jeunes. Il a laissé de façon surprenante les PsyEN en marge de cette action, alors même que leur recrutement garantit désormais qu'ils ont une formation initiale appropriée (licence et master de psychologie) et que l'affectation des psychologues au sein des écoles et des établissements favorise le repérage des élèves en situation de difficulté et le suivi de leur prise en charge.

L'extension des missions des enseignants et des professeurs principaux consacrées à l'orientation, à travers l'accompagnement personnalisé des élèves, et la part croissante du numérique dans la recherche d'informations sur l'orientation, ont entraîné d'un autre côté une moindre implication des PsyEN du 2nd degré dans les CIO. Par ailleurs le nombre de CIO a été resserré, passant de 536 en 2013 à 427 en 2019.

L'application de la loi du 5 septembre 2018 « pour la liberté de choisir son avenir professionnel » chargeant les régions d'une mission d'information des élèves sur les métiers et les parcours de formation doit conduire à une redéfinition des missions des PsyEN du 2nd degré⁷³. Le ministère, depuis plus d'un an, tarde à définir leur nouveau cadre d'intervention : la définition en 2019, pour les classes de 4^e, 3^e et de lycée d'un temps dédié à l'accompagnement

⁷¹ La DGESCO a indiqué dans sa réponse que « ce protocole, ainsi que la circulaire concernant les plans d'accueil individualisé pour raison de santé (...) faisaient actuellement l'objet de travaux de réactualisation afin de répondre au mieux aux enjeux liés à l'évolution des besoins des élèves et des pratiques des professionnels de santé, des orientations ministérielles en matière de bien-être des élèves, de leur réussite scolaire et de réduction des inégalités. Ils prendront plus qu'avant en compte la santé mentale des élèves ».

⁷² En particulier pour la réalisation de bilans psychologiques pour la MDPH, notamment pour l'orientation d'élèves en SEGPA.

⁷³ Le décret n° 2019-375 du 26 avril 2019 prévoit, en application de la loi, les conditions d'une expérimentation consistant à mettre à disposition des régions des fonctionnaires et agents exerçant dans les services et établissements relevant du ministre chargé de l'éducation nationale, sur la base du volontariat, des missions d'information des élèves et des étudiants sur les formations et les métiers. Cette expérimentation ne concerne pour le moment que quelques régions, et uniquement des directeurs de CIO, par exemple dans la région Nouvelle Aquitaine.

à l'orientation⁷⁴, en lien avec les régions, ne précise pas les responsabilités respectives des enseignants et des PsyEN.

Ce contexte mouvant pourrait être l'opportunité d'une meilleure prise en compte des besoins des élèves en matière de soutien et de suivi psychologique⁷⁵, mettant fin à l'association systématique et réductrice, fruit de l'histoire, de l'orientation et de la psychologie dans le second degré.

D - Des temps de travail trop calqués sur les obligations de service hebdomadaires des enseignants

Les services de tous les personnels de santé scolaire sont nécessairement concentrés sur le temps de présence des élèves (les 36 semaines de l'année scolaire). Par effet d'imitation du service des enseignants, les obligations de service de tous les personnels considérés distinguent un temps de présence et un temps de travail en autonomie. Pour autant, l'idée implicite que la présence de ces agents pendant les congés scolaires serait sans objet n'est pas tout à fait fondée et se révèle en fin de compte un obstacle pour la réalisation de leurs missions.

Le temps de travail des personnels sociaux, médecins et infirmiers, défini par un arrêté⁷⁶, a été précisé par la circulaire du 21 janvier 2002. Le ministère, tenant compte du calendrier scolaire, a jusqu'à présent limité les obligations réglementaires de service (ORS) de ces personnels sur 36 semaines pour les infirmiers⁷⁷ et 38 semaines pour les médecins et assistants de service social (ASS).

Le calcul des services, décliné sur la base de 1 593 heures⁷⁸, aboutit à une fourchette de temps de travail hebdomadaire allant de 41,9 h (pour les médecins et ASS) à 44,25 h (pour les infirmiers). 10 % de ce temps, soit environ 4,19 heures par semaine de travail sur 38 semaines pour les médecins et ASS et 4,4 heures sur 36 semaines pour les infirmiers, sont réservés à des activités non liées à la présence des élèves, n'impliquant pas la présence des intéressés sur leur

⁷⁴ 12 heures annuelles en 4^e, 36 en 3^e, 54 par niveau de classe en lycée général et technologique « à titre indicatif » et 265 h sur les trois années de Bac pro consacrées à la consolidation, l'accompagnement personnalisé et la préparation à l'orientation.

⁷⁵ Le rapport de la mission « Bien-être et santé des jeunes », novembre 2016, (Marie-Rose MORO et Jean-Louis BRISON) préconisait la création du corps des PsyEN, le renforcement de la médecine scolaire dans les collèges et les lycées et la création d'un service médico-psycho-social au service du bien-être et de la santé des jeunes. Il signalait en outre : « Une proportion significative de jeunes connaît un épisode dépressif caractérisé entre 16 et 25 ans (entre 15 et 17 % selon les études avec une prédominance féminine). D'une manière générale, plus de 50 % des pathologies psychiques débutent avant 14 ans. Leur devenir dépend du repérage et de la prise en charge précoce selon l'OMS. Trop tardive, elle hypothèque leur avenir. Le suicide constitue la seconde cause de décès dans cette population après les accidents, bien souvent liés eux-mêmes à des prises de risque ».

⁷⁶ Arrêté du 15 janvier 2002 portant application du décret n° 2000-815 du 25 août 2000 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail dans les services déconcentrés et établissements relevant du ministère de l'éducation nationale.

⁷⁷ Pour les infirmiers, il est précisé : « En raison des conditions d'accomplissement de leur service, les congés des personnels infirmiers correspondent au calendrier des vacances scolaires. À l'issue des grandes vacances, ils reprennent leur service en même temps que les enseignants et, en tout état de cause, deux jours avant la date de la rentrée scolaire ».

⁷⁸ 1 607 heures annuelles desquelles sont décomptés deux jours de fractionnement, forfaitairement déduits à raison de 7 heures par jour. La journée de solidarité doit être récupérée à raison de 7 heures pour un temps plein.

lieu de travail. Le temps de travail doit en outre inclure les déplacements professionnels, nombreux pour ces personnels souvent affectés sur plusieurs écoles ou établissements⁷⁹. Le temps de présence hebdomadaire est en conséquence de 37 h 43 mn sur 38 semaines pour les médecins et ASS et de 39 h 49 mn sur 36 semaines pour les infirmiers.

Cette organisation des services rend impossible un travail collectif de tous les personnels sociaux et de santé au-delà des 36 semaines de présence des infirmiers.

Le cadre du temps de travail des PsyEN n'a pas été harmonisé. Pendant les 36 semaines de l'année scolaire, les PsyEN du 1^{er} degré doivent effectuer 24 heures de travail hebdomadaire inscrites dans l'emploi du temps, leur service étant aligné sur les heures de présence en classe des professeurs des écoles, corps dont ils étaient auparavant issus, tandis que les PsyEN du 2nd degré doivent 27 heures de présence⁸⁰. Ils peuvent en outre assurer un service supplémentaire pendant les vacances scolaires, fixé par le recteur d'académie en fonction des besoins du service, d'une semaine pouvant être fractionnée pour les PsyEN du 1^{er} degré et de trois semaines au maximum pour les PsyEN du 2nd degré. Le temps de travail hebdomadaire restant, comprenant notamment quatre heures hebdomadaires consacrées à « l'organisation de leur activité », est laissé sous la responsabilité des agents et n'est pas inscrit dans leur emploi du temps. Il est consacré à l'exercice de l'ensemble des missions, travail de préparation, de rédaction, d'études et de recherches, comprenant également pour les PsyEN du 1^{er} degré le secrétariat administratif, dont l'organisation est laissée sous la responsabilité des agents. Comme pour les autres catégories de personnel étudiées, le temps de travail inclut le temps des déplacements professionnels.

Aucune réponse du ministère ne justifie l'écart du temps de présence hebdomadaire (24 h et 27 h) entre les PsyEN du 1^{er} et du 2nd degré. Le total des heures de présence ainsi définies atteint en outre au maximum 888 heures annuelles pour les PsyEN du 1^{er} degré et 1 053 pour les PsyEN du 2nd degré⁸¹, en deçà des heures de présence demandées aux médecins, ASS et infirmiers. La définition des « quatre heures hebdomadaires consacrées à l'organisation de leur activité » se justifie difficilement compte tenu du peu d'heures de présence demandées à ces personnels. En revanche, des personnels très investis ne voient pas leur temps de travail comptabilisé ou valorisé.

Si les personnels de santé et sociaux rencontrés à l'occasion de l'enquête de la Cour ont déclaré être très engagés dans leurs missions au service des élèves, nombre d'entre eux ont déploré de ne pas disposer d'assez de temps pour réaliser toutes les missions qui leur sont assignées. Il est par ailleurs complexe pour les responsables hiérarchiques, chefs

⁷⁹ « Les temps de déplacement nécessités par le service, qu'ils soient accomplis dans les heures normales de travail ou en-dehors des heures normales de travail, sont assimilés à des obligations de service liées au travail et donc inclus dans le temps de travail effectif pour leur durée réelle ». Sont notamment concernés les temps de déplacement occasionnels entre la résidence administrative ou le lieu habituel de travail et un autre lieu de travail désigné par l'employeur, les déplacements effectués, dans une même journée, entre les établissements d'exercice par les personnels assurant un service partagé et les déplacements accomplis dans le cadre de missions occasionnelles en France ou à l'étranger.

⁸⁰ Arrêté du 9 mai 2017 portant application du décret n° 2000-815 du 25 août 2000 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail dans la fonction publique de l'État aux psychologues de l'éducation nationale.

⁸¹ À titre d'exemple, les psychologues des hôpitaux publics bénéficient d'un temps de formation, information et recherche dans la limite d'un tiers de leur temps de travail, ce qui porte leur temps de présence annuel à 1071 h au minimum.

d'établissements ou conseillers techniques départementaux, de vérifier le temps de travail de ces personnels itinérants. Ils font en général confiance à leurs agents et n'exercent pas de surveillance étroite. Plusieurs rectorats ont toutefois dû rédiger une note de cadrage pour rappeler les obligations de service des personnels, constatant certains abus dans l'application du temps de travail (décompte des ORS et précisions sur les temps de pause par exemple).

Sans préjuger de la réalisation effective des heures de travail à l'initiative des agents, qui peut être diverse selon les personnels⁸², la définition de leurs obligations de service met en lumière une conception réductrice de leur travail, particulièrement pour les infirmiers et les PsyEN du 1^{er} degré, dont les missions seraient limitées à la seule présence des élèves.

Elle ne prend pas suffisamment en considération certaines tâches qui peuvent être au moins partiellement réalisées pendant les vacances scolaires : la préparation et la programmation des actions de promotion de la santé et d'éducation à la santé ; l'accueil de certaines familles ou certains élèves, actuellement impossible pour les infirmiers scolaires ; le travail croissant sur les dossiers des enfants en situation de handicap pour les médecins ; la formation initiale et continue qui, proposées actuellement sur le temps scolaire, réduisent de fait les possibilités d'accueil des élèves ; les regroupements départementaux avec les conseillers techniques des médecins, infirmiers ou ASS, le travail de rédaction des bilans annuels en fin d'année scolaire, de préparation de la rentrée.

Même s'il peut s'avérer utile de conserver pour certains agents un temps de travail en autonomie, il convient de revenir sur les choix actuels d'organisation du travail en redéployant une partie de ce temps en faveur d'un temps de présence pendant les vacances scolaires. Pendant les congés scolaires, ces personnels peuvent être accueillis dans les EPLE à l'occasion des permanences⁸³ ou dans les centre médico-scolaire (CMS) lorsque les locaux le permettent.

Enfin la Cour a rappelé, dans son référé⁸⁴ adressé le 19 septembre 2019 à la Ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, la nécessité pour les personnels non-enseignants de l'enseignement supérieur de rétablir une durée annuelle du temps de travail de 1 607 heures et d'en contrôler l'effectivité⁸⁵. Les mêmes observations s'imposent au MENJ.

⁸² Les différents bilans d'activité individuels ou de services étudiés à l'occasion de cette enquête rendent en outre peu, voire pas du tout, compte de l'activité des professionnels concernés pendant les 10 % de leur temps laissés à leur initiative. De ce fait, ces activités, pouvant toutefois être très variables selon l'implication de l'agent, sont peu lisibles pour leurs supérieurs hiérarchiques.

⁸³ Déjà réalisées par les personnels de direction, administratifs, de service et de vie scolaire.

⁸⁴ Référé S2019-2270 « Le temps de travail des personnels non-enseignants de l'enseignement supérieur ».

⁸⁵ L'article 48 de la loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique dispose que le Gouvernement doit présenter au Parlement dans un délai d'un an à compter de la publication de la loi un rapport sur les actions mises en œuvre pour le respect de la durée annuelle de travail effectif de 1607 heures pour les personnels de la fonction publique, à l'exception des personnels enseignants et de la recherche. Le MENJ doit donc présenter dans ce délai le rapport attendu précisant les modalités de définition du temps de travail pour les médecins, infirmiers et PsyEN.

E - Des conditions de travail insatisfaisantes

1 - Un équipement limité, des locaux inadaptés, une prise en compte insuffisante des tâches administratives et des déplacements

L'enquête de la Cour a conduit aux constats pratiques suivants qui ont une portée assez générale.

Dans les établissements ou les écoles, les personnels sociaux et de santé peuvent être amenés à partager à tour de rôle durant la semaine un unique bureau et l'ordinateur fixe qui y est installé, les locaux peuvent être inadaptés à la présence régulière d'un infirmier⁸⁶, d'un assistant de service social ou pour des visites médicales. Les bureaux sont parfois petits, sans fenêtre ou implantés dans un lieu de passage rendant difficile la confidentialité des entretiens. À l'exception des médecins, ces agents ne sont pas systématiquement dotés d'un téléphone et d'un ordinateur portables alors que leur service est en partie itinérant. Certains départements ont procuré aux ASS des ordinateurs portables de seconde main, devenus rapidement obsolètes. Les équipements informatiques fixes peuvent être insuffisants, voire inexistant, en particulier dans les écoles. L'accès aux bases élèves de l'établissement peut s'avérer compliqué dans le second degré, et souvent impossible dans le premier degré. De ce fait, les personnels infirmiers, par exemple, peuvent être contraints de saisir les informations recueillies durant leur passage dans une école à leur retour dans leur collège d'affectation.

Certains infirmiers en poste inter-degrés rencontrent des difficultés pour convaincre les principaux de collège de la nécessité d'acheter du matériel pour les visites dans le premier degré.

Seuls les médecins scolaires bénéficient d'un secrétariat dans les centres médico-scolaires quand ceux-ci fonctionnent (cf. *infra*). De façon générale la charge de secrétariat est vécue comme un frein important à l'investissement dans d'autres actions⁸⁷. Plusieurs professionnels auditionnés ont en particulier évoqué le temps perdu à chercher à contacter les familles, les structures ou les spécialistes extérieurs devant suivre les enfants pour savoir si le suivi prescrit était réalisé.

Pour les agents concernés par cette enquête, les frais de déplacement sont en outre insuffisamment remboursés dans certains départements, ce qui peut les contraindre à réduire leurs déplacements après utilisation de l'enveloppe prévue. On observe⁸⁸ globalement chaque année depuis 2017 une sous consommation des crédits budgétés à cet effet pour les infirmiers et les médecins et une sur consommation pour les ASS et les PsyEN du 2nd degré. La procédure de remboursement est longue et fastidieuse⁸⁹ et monopolise inutilement le temps de ces

⁸⁶ Qui, parfois, ne dispose pas de clé pour entrer dans l'école.

⁸⁷ Les secrétariats des EPLE peuvent être sollicités par les infirmiers, PsyEN du 2nd degré et les ASS pour des tâches administratives, contacter des familles et prendre des rendez-vous ou envoyer des courriers mais ils sont davantage mobilisés par les demandes directes des personnels de direction pour l'établissement. Les services hebdomadaires des PsyEN du 1^{er} degré comportent 4 heures consacrées en partie aux tâches administratives, qui pourraient toutefois utilement être réservées à d'autres missions.

⁸⁸ Voir tableau annexe n° 22. Les données n'ont pas été communiquées par le ministère pour les PsyEN du 1^{er} degré.

⁸⁹ Chaque déplacement doit faire l'objet d'une saisie d'ordre de mission et d'état de frais dans une application en ligne.

professionnels et des services rectoraux ou départementaux. Il conviendrait d'étudier la possibilité de modifier cette procédure, par exemple par la définition d'un forfait annuel en fonction du secteur d'affectation, permettant d'économiser le temps de saisie et de traitement des dossiers.

Ces difficultés ont été maintes fois signalées par les agents et les conseillers techniques dans leurs rapports annuels et relevées dans le précédent rapport de la Cour. Ces économies se font aux dépens de la productivité et compromettent l'efficacité de la dépense de masse salariale consacrée à la santé scolaire. Pour améliorer l'efficacité, il faut que des moyens de fonctionnement courant adaptés soient en place.

2 - Des centres médico-scolaires en déshérence, une absence de volonté politique

Des centres médico-scolaires (CMS) doivent être implantés dans les communes de plus de 5 000 habitants⁹⁰.

Ils sont destinés à accueillir un ou plusieurs médecins scolaires pour les visites et examens ainsi que leur secrétariat. Les locaux et le matériel sont fournis par les mairies tandis que les personnels sont employés par l'Éducation nationale⁹¹. En 2018, 669 secrétaires (en ETP) travaillent dans les CMS.

L'absence de politique ministérielle envers les collectivités territoriales conduit à des situations locales très diverses dans une tendance à la réduction du nombre de CMS et de secrétaires⁹². Depuis la dernière enquête de la Cour en 2011, les difficultés matérielles relevées persistent. Les problèmes liés au personnel de secrétariat occasionnent une perte de temps pour les médecins scolaires déjà surchargés, qui doivent par exemple scanner les dossiers papier transmis par les PMI à la suite des bilans de santé à 3 ans. La DGESCO a pourtant identifié l'intérêt de disposer de secrétariats compétents, voire d'assistants médicaux⁹³. Pour autant, aucune mesure n'est encore prise pour améliorer cette situation.

Les infirmiers scolaires, les PsyEN ou les ASS pourraient aussi être accueillis dans les CMS pour la réalisation d'entretiens, de visites, de bilans ou de suivis pour les élèves du premier degré, les écoles n'étant pas toujours équipées de locaux adaptés. Il peut être envisagé de les faire ainsi bénéficier de l'appui d'un secrétariat ; l'accès au matériel informatique leur

⁹⁰ Ordonnance du 18 octobre 1945, abrogée, mais les articles ayant fondé le service de santé scolaire ont été repris et codifiés dans le code de l'éducation notamment aux articles L. 541-1 (visites obligatoires) et L. 541-3 (centres médico-scolaires).

⁹¹ Décret du 26 novembre 1946.

⁹² Cf. annexe n° 23.

⁹³ Dans certaines académies, les médecins scolaires ont pour consigne de réaliser prioritairement les visites médicales (bilan de la 6^e année, travaux règlementés) dans les CMS. Les familles doivent alors s'organiser pour accompagner leur enfant. Cela permet aux médecins, évitant des déplacements d'une école à l'autre, de réaliser davantage de visites et peut être généralisé. Cette mesure peut toutefois écarter des familles en difficulté sociale ne pouvant se déplacer facilement, en particulier en milieu rural. Il convient alors d'organiser dans un deuxième temps des visites dans les écoles pour les élèves concernés, comme cela se fait déjà dans certains départements. La DGESCO indique dans sa réponse à la Cour au sujet des CMS : « Leur rôle est essentiel pour dégager du temps médical aux médecins. Des spécificités sont liées à ce rôle de secrétaire médical scolaire : le secret professionnel, un vocabulaire spécifique éducation nationale et médical, une mobilité éventuelle pour accompagner le médecin lors de certaines visites (si leur rôle évolue vers des missions d'assistant médico-scolaire), des compétences en bureautique (application Esculape), des compétences relationnelles ».

épargnerait des ressaisies postérieures. Le contexte tendu de la santé scolaire plaiderait pour une telle solution permettant à ces agents de se concentrer sur leurs missions.

Agir à bon niveau politique pour maintenir l'existence des CMS améliorerait l'efficacité du dispositif de santé scolaire à condition qu'ils soient correctement tenus et équipés par le ministère. Il appartient à celui-ci de clarifier sa politique sur l'évolution des locaux, de l'équipement et des secrétariats des CMS et d'engager sans délai avec les collectivités territoriales une concertation à ce sujet.

F - Des logiciels professionnels obsolètes et séparés, en attente de refonte

Aux difficultés de fonctionnement rencontrées par ces personnels s'ajoutent des problèmes cruciaux liés à l'usage des logiciels professionnels et des systèmes d'information pour la transmission de leurs données d'activité, qui sont différents par métiers de la santé scolaire.

Les médecins scolaires doivent utiliser l'application ESCULAPE dont le déploiement est sur le point de s'achever. Certains médecins en refusent l'usage, invoquant l'absence d'interface avec les logiciels utilisés par les PMI pour les bilans de santé à 3 ans, ou encore des questions de respect des droits des familles. Il convient que la DGESCO et la Direction du numérique pour l'éducation (DNE) apportent une réponse claire et précise sur ces points, d'autant que la continuité entre PMI et médecine scolaire est renforcée en raison de l'abaissement de l'âge d'entrée dans la scolarité obligatoire.

Les infirmiers doivent utiliser le logiciel SAGESSE actuellement obsolète et ne pouvant être utilisé sur tous les ordinateurs. Certaines académies développent de ce fait des applications spécifiques, en lien notamment avec les ARS, créant parfois pour les infirmiers des problèmes de double saisie et de perte de temps. Les infirmiers ont également signalé des difficultés d'accès aux bases élèves, en particulier dans le 1^{er} degré

Les PsyEN et les assistants de service social ne disposent pas d'un logiciel professionnel. Les informations destinées à l'enquête « santé-social » de la DGESCO sont recueillies à l'aide de tableurs.

Aussi aucun logiciel ou application ne permet à tous les professionnels concernés de connaître la situation et les actions déjà réalisées pour chaque enfant. La nécessité de concevoir un socle commun ouvert à tous les personnels médico-sociaux, avec des accès réservés selon leur profil et des données partagées, n'est apparue qu'après le développement d'ESFULAPE débuté en 2013. La DNE travaille actuellement, avec la DGESCO, à la conception de de l'application DIAPASON qui sera partagée entre tous ces agents. Pour assurer le suivi avec la médecine de ville et les PMI, il est envisagé de créer une interface ESCULAPE/dossier médical partagé de l'enfant (DMP), en lien avec le ministère chargé de la santé. Néanmoins, le DMP ne sera pas opérationnel avant plusieurs années et n'offre donc pas de réponse à court ou moyen terme.

La livraison de la première version de DIAPASON n'est prévue qu'en juin 2020, avec un déploiement en académies devant s'achever fin décembre 2022⁹⁴, en revanche les personnels ASS conserveront une application spécifique AMETISSE, prête seulement en juin 2021.

G - Une formation continue insuffisante

La formation continue figure parmi les points les plus faibles de la gestion des personnels de santé du MENJ. Le ministère lui-même dispose de peu de données à cet égard⁹⁵. Il ne suit pas les formations continues pour chaque métier, les médecins scolaires, infirmiers et ASS étant regroupés en trois catégories : personnels médico-sociaux titulaires de catégorie A, de catégorie B et personnels contractuels.

Le ministère indique qu'en 2018, 54 % des personnels médico-sociaux titulaires de catégorie A et B seulement ont participé à un stage, la durée moyenne annuelle de formation était d'environ 2,19 jours pour les catégories A et 1,30 pour les catégories B, soit une formation continue plus réduite encore que celle des enseignants, fort limitée⁹⁶.

La formation médicale continue est une obligation pour les médecins en activité⁹⁷. Plusieurs médecins scolaires auditionnés ont témoigné de leurs difficultés : certaines formations payantes ne sont pas remboursées par les rectorats, qui leur attribuent pourtant des autorisations d'absence pour y participer ; d'autres médecins indiquent qu'ils ne peuvent suivre des formations par manque de temps.

Pour les PsyEN suivis dans la statistique, la situation est encore plus critique : le ministère précise que seuls 6 % ont été convoqués à un stage de formation continue en 2017-2018. La durée moyenne annuelle de formation par agent était de 0,08 jours.

III - Une unité de vue déficiente au plan national et en académies

A - Le cloisonnement des métiers de santé scolaire répliqué au sein de la DGESCO

Le pilotage de la santé scolaire n'est pas unifié dans la direction centrale du MENJ qui en a la charge ; l'organigramme de la DGESCO rend compte d'une réalité sociologique par métiers

⁹⁴ Les difficultés avancées par la DNE sont la préalable refonte des applications scolarité (BE1D transformé en ONDE et SCOMET transformé en SIECLE), le temps de conception des applications avec les différents professionnels concernés et « dans un contexte de plan de charge important, la difficulté d'être en mesure d'affecter le niveau de ressources satisfaisant ».

⁹⁵ Les données de la formation continue des plans académiques de formation (PAF) recensent les stagiaires et journées stagiaires, via les remontées par l'application EGIDE. La DGESCO précise que « ces données sont d'une fiabilité limitée du fait des imperfections de la saisie dans l'application Gaia par les services académiques ».

⁹⁶ En 2017-2018, les personnels enseignants ont réalisé en moyenne environ 2,5 jours de formation dans le premier degré public, 2,1 dans le second degré public et près de 38,7 % des enseignants n'ont pas suivi de formation dans le premier degré, 42,4 % dans le second. Source : DEPP. RERS 2019.

⁹⁷ Serment de l'ordre français des médecins.

qui s'est progressivement instaurée au sein du système éducatif au détriment qu'une vision d'ensemble.

Au sein du service de l'accompagnement des politiques éducatives, les médecins scolaires sont suivis par une conseillère technique placée auprès du chef de service tandis que les conseillères techniques infirmière et de service social sont placées dans le bureau de la santé et de l'action sociale de la sous-direction de l'action éducative, la gestion des PsyEN relève d'un autre service, celui de l'instruction publique et de l'action pédagogique et en son sein de deux bureaux différents selon le niveau d'enseignement au sein duquel ils interviennent⁹⁸.

Cet éparpillement des responsabilités ne permet ni d'appréhender globalement l'importance de la promotion de la santé, ni de définir une politique unifiée et cohérente. Une unification de la gouvernance d'ensemble au sein de la DGESCO permettrait d'améliorer la visibilité et la performance de la politique de santé en faveur des élèves.

Le pilotage de cette politique est fortement déconcentré. L'administration centrale en vérifie la mise en œuvre par un contrôle et un dialogue de gestion. Le contrôle de gestion est notamment fondé sur la réalisation stricte du schéma d'emplois et sur le respect des volumes d'emplois. Le dialogue de gestion piloté par le DGESCO réunit une fois par an chaque académie et les directions du MENJ. L'évolution des ETP de médecins, infirmiers et ASS y sont systématiquement relevés, contrairement à la situation des PsyEN, du 1^{er} comme du 2nd degré, qui n'est pas étudiée, ces personnels étant incorporés dans la masse des enseignants des 1^{er} et 2nd degrés. L'activité des PsyEN du 2nd degré n'est observée que sous l'aspect des résultats d'orientation des élèves, relevés chaque année. La promotion de la santé a fait l'objet d'un focus en 2017 au titre de la conduite des objectifs interministériels arrêtés avec le ministère chargé de la santé, examinant en particulier la signature des conventions académiques avec les ARS et le recrutement des médecins.

L'insuffisance des évaluations permettant d'apprécier la performance des académies ne permet pas d'optimiser la portée de ce dialogue de gestion. En particulier, les disparités départementales et la situation des élèves de l'enseignement privé sous contrat ne sont pas étudiées.

B - Une coordination académique préconisée par le ministère, non mise en œuvre ou sans effets probants

La circulaire du 20 mai 2014, qui précise les modalités de gouvernance académique de la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves, prévoit notamment la mise en place d'une cellule académique, réunissant les différents « conseillers techniques » des recteurs. Cette cellule doit définir les actions de promotion de la santé des élèves selon trois axes : l'éducation, la prévention et la protection.

Si le ministère a perçu depuis 2014 la nécessité de renforcer le pilotage de la politique de santé dans les rectorats par la création de ces cellules académiques, l'enquête de la Cour montre qu'elles n'ont pas été mises en place dans toutes les académies. Des recteurs se contentent de réunir ou de rencontrer individuellement leurs conseillers techniques ou de prendre

⁹⁸ Bureau des écoles maternelles et élémentaires pour les PsyEN du 1^{er} degré et bureau de l'orientation et de la lutte contre le décrochage scolaire pour les PsyEN du 2nd degré.

connaissance des notes qu'ils peuvent rédiger. Le travail académique sur la promotion de la santé et la mise en œuvre du partenariat avec les ARS repose majoritairement sur les conseillers techniques infirmiers, relayés dans les DSDEN et les établissements par leurs collègues infirmiers, même si ponctuellement certains médecins conseillers techniques peuvent s'investir. Les conseillers techniques et le CSAIO sont associés aux processus de répartition des moyens, souvent uniquement pour la catégorie de personnel qu'ils représentent.

La circulaire n° 2016-114 du 10 août 2016, « Orientations générales pour les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté », dans l'objectif d'unifier les politiques académiques et départementales, a instauré des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté au niveau académique (CAESC) et départemental (CDESC), s'ajoutant aux comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) qui préexistaient (en principe) dans les établissements du second degré. L'objectif, à la suite de la création du « parcours éducatif de santé », est « de donner cohérence et lisibilité à la politique éducative, sur la base des diagnostics de territoires et grâce à une construction des partenariats nécessaires dans une démarche globale et fédératrice ». Ces comités ont pour vocation de réunir les acteurs concernés de l'éducation nationale mais aussi les partenaires extérieurs locaux (ARS, police, justice, associations...).

L'enquête de la Cour a montré que tous les CAESC et les CDESC n'étaient pas actifs, voire pas mis en place, malgré le contrôle exercé en 2017 dans le cadre du dialogue de gestion avec la DGESCO. 12 académies sur 30 seulement ont été en mesure de présenter à la Cour le compte rendu d'une réunion du CAESC en 2018-2019. La situation est la même dans les DSDEN, ces dernières tardant à mettre en place les CDESC.

La circulaire de 2016, outre la création des CAESC et des CDESC, étend la possibilité, sans la rendre obligatoire, de création des CESC inter-degrés au niveau d'un collège et des écoles primaires de recrutement, ainsi que de CESC inter-établissements.

L'atomisation et le manque de visibilité et d'homogénéité des actions de promotion de la santé devraient inciter à aller plus loin et supprimer l'obligation de créer le CESC dans les établissements du second degré au profit de CESC de bassin inter-degrés⁹⁹. Le bassin d'éducation paraît désormais le meilleur échelon permettant de définir une politique de promotion de la santé en fonction des besoins locaux et un « parcours éducatif de santé » cohérent pour chaque élève pendant sa scolarité de l'école maternelle jusqu'au lycée. Pour les partenaires extérieurs à l'éducation nationale, l'attractivité des réunions serait accrue par la présence des représentants de toutes les écoles et établissements du secteur.

Cette redéfinition de la politique au niveau des bassins ne devrait toutefois pas éclipser le nécessaire partenariat des personnels sociaux et de santé avec les enseignants de chaque établissement ou école. La création d'un CESC de bassin peut s'accompagner d'une souplesse laissée aux établissements pour maintenir un CESC s'ils le souhaitent.

⁹⁹ Dans le cadre du bassin d'éducation, regroupant plusieurs écoles, lycées et collèges d'un même secteur géographique, les IEN, les chefs d'établissements, le directeur de CIO et le conseiller technique de service social du bassin se réunissent régulièrement et peuvent accueillir occasionnellement les conseillers techniques départementaux des infirmiers et des médecins.

C - La pluralité confuse des organisations académiques pour les visites obligatoires

Après l'arrêté interministériel du 3 novembre 2015 qui a marqué un coup d'arrêt à la collaboration entre personnels infirmiers et médecins pour la visite de la 6^e année et confrontée à cette difficulté, la DGESCO a adressé le 18 décembre 2015 un courrier aux recteurs indiquant que les visites de la 6^e et 12^e années, « systématiquement réalisées auprès de tous les enfants » nécessitent, pour être effectives, la collaboration des personnels de santé.

L'administration, au niveau central comme académique, a tenté de préserver les collaborations qui existaient entre médecins et infirmiers sur le terrain et optimisaient le nombre de visites de la 6^e année : le bilan infirmier (biométrie, dépistage sensoriel, bucco-dentaire, contrôle des vaccinations) associé à la visite médicale permettait au médecin de voir beaucoup plus d'enfants, en se concentrant sur les troubles des apprentissages ou des pathologies particulières. Faute de collaboration entre les deux professionnels de santé, la visite par le médecin prend désormais 45 minutes.

Le courrier de la DGESCO a été mis en cause pour non-conformité à l'arrêté du 3 novembre 2015, certains personnels sollicitant l'analyse de services juridiques. Deux mois plus tard, un nouveau courrier a été adressé aux recteurs par le directeur du cabinet du ministre, tentant d'apaiser la situation, en reprenant une formulation plus proche de l'arrêté de 2015 : « La visite médicale à 6 ans est réalisée par les médecins et celle de dépistage à 12 ans, par les infirmiers ».

Pour autant cette dernière lettre ne fermait pas complètement la porte à une intervention des infirmiers à 6 ans : [...] « outre les deux visites médicales et de dépistage obligatoires, les infirmiers peuvent être amenés à effectuer des visites de dépistage supplémentaires pour répondre aux besoins de certains élèves, notamment dans le premier degré ». Une liberté de détermination est laissée à chaque professionnel de santé : « Chaque professionnel de santé, dans le cadre de ses compétences, poursuivra les examens en fonction des constatations qu'il aura effectuées ».

Les services académiques ont ainsi reçu ordre et contrordre sur l'organisation des visites médicales obligatoires de la 6^e année. Dans ce contexte confus, les recteurs ont pris à leur niveau des dispositions, par circulaire.

Nombreux sont ceux qui ont organisé un ciblage des enfants ayant le plus besoin de la visite par le médecin. Cette doctrine du ciblage a fini par s'imposer en référence à « l'universalisme proportionné »¹⁰⁰. La réalité est néanmoins plus proche du simple ciblage que de la mise en œuvre de l'universalisme proportionné, car beaucoup d'enfants qui auraient besoin de cet examen médical n'en bénéficient pas, soit faute de médecin scolaire disponible, soit parce qu'ils sont élèves de l'enseignement privé, soit parce que, élèves du public, ils ne figurent pas parmi les élèves ciblés.

Les circulaires rectorales sont diverses et diversement prescriptives.

Celle de la région académique Auvergne-Rhône-Alpes (15 décembre 2016) indique que le bilan de la 6^e année « sera réalisé selon le principe d'universalisme proportionné afin de privilégier les interventions des médecins auprès des populations d'élèves les plus en difficulté... une vigilance accrue des personnels de santé sera portée aux élèves scolarisés dans les zones d'éducation prioritaire, les zones rurales, et à ceux présentant des besoins éducatifs particuliers ». Sur cette base, l'académie de Lyon a précisé à son niveau son ciblage : « élèves pour lesquels le milieu socio-éducatif est défavorisé (dont REP-REP+) ; les enseignants repèrent une problématique d'apprentissage ou de comportement, la famille signale un problème de santé encore non évalué, les services de PMI ont dépisté un problème et la prise en charge n'est pas effective, aucun bilan de 3-4 ans n'a été transmis par la PMI ». Pour les autres élèves, on conseille aux familles de faire pratiquer ce bilan par le médecin de leur choix.

La méthode de ciblage est moins précise dans d'autres circulaires académiques laissant une grande initiative aux autorités locales ou directement aux médecins. La méthode de la sélection sur dossier, à l'aide des éléments du dossier de PMI de l'enfant, de la fiche de liaison établie par les enseignants (qui leur permet de transmettre leurs observations sur la manière dont l'enfant aborde les apprentissages en grande section de maternelle), d'éléments recueillis par le psychologue scolaire, et éventuellement du carnet de santé de l'enfant, s'il est communiqué (académies de Lille, Toulouse), est parfois retenue.

Certaines académies ont réussi à réinstaurer une collaboration entre les personnels en confiant aux personnels infirmiers le repérage des élèves qui doivent prioritairement être vus par un médecin scolaire. Ainsi l'académie de Nantes prévoit que le médecin réalise un ciblage à la fois sur dossier et en « échange en présentiel » avec l'infirmier, pour identifier « les enfants nécessitant une visite médicale en complément du dépistage infirmier » qui reste ainsi d'usage. La plupart des circulaires tentent de ménager un dépistage infirmier au cours de la 6^e année, quitte à le déconnecter de la visite du médecin, pour réduire le nombre d'enfants qui ne sont

¹⁰⁰ L'universalisme proportionné est né du constat que ni les approches universelles ni les approches ciblées ne parvenaient à réduire les inégalités sociales de santé. Selon Julie Poissant, de l'Institut National de Santé Publique du Québec : « *Les interventions universelles négligent une tranche importante de la population, c'est-à-dire ceux qui ont besoin d'un soutien accru et qui sont plus difficiles à rejoindre. [...] Et par l'approche ciblée, le fait d'offrir l'intervention uniquement à certaines clientèles contribue à les stigmatiser et néglige les besoins de ceux non éligibles.* »

Sir Michael Marmot a défini le concept d'Universalisme proportionné en 2010, à la demande du Ministère de la santé britannique, dans le but d'aplanir la pente du gradient social. Julie Poissant (INSPQ) en donne la définition suivante :

- *mettre en œuvre des actions de prévention universelle / promotion de la santé s'adressant à l'ensemble de la population = universalisme*
- *et agir sur chaque catégorie de la population selon ses besoins = proportionné.*

Source : Promosanté, ARS Île-de-France.

vus par aucun professionnel de santé à ce moment crucial d'entrée dans les apprentissages à la veille de l'accès au cours préparatoire.

De surcroît ces modalités d'organisation sélective de la visite médicale se déclinent avec des variantes à l'échelle de telle ou telle inspection d'académie.

Force est de constater qu'avec le partage des tâches tracé dans l'arrêté de 2015 entre personnels infirmiers et médecins scolaires, le ministère s'est mis dans une grande difficulté qui l'a ensuite conduit à contourner sa propre réglementation par des instructions d'application très confuses et mal étayées. Dans ces conditions, les personnels infirmiers qui ont souhaité continuer leur collaboration avec les médecins l'ont fait, bravant parfois des consignes syndicales, tandis que ceux qui souscrivaient à une complète autonomie des activités respectives des médecins et des infirmiers ont pu s'en tenir à la lettre de l'arrêté de 2015, s'agissant de la visite de la 6^e année, principal dépistage de santé des élèves.

Quoiqu'il en soit l'universalité de ce bilan, maintenue par la loi de refondation de l'école de 2013, a été mise à mal sans qu'un cadrage national de son resserrement, peut-être inévitable et opportun au vu des autres dispositifs de suivi de l'état sanitaire des enfants, n'ait été arrêté.

Par ailleurs, tant pour les visites de la 6^e année que pour les bilans infirmiers de la 12^e année, les modalités de prise en compte des élèves de l'enseignement privé sont, dans la confusion des consignes nationales, laissées à l'appréciation des autorités académiques.

Le taux de dépistage de la 6^e année par les médecins scolaires a chuté de 17 % environ en 2013-2014 à 4 % en 2018-2019, avec une majorité de départements ne couvrant pas l'enseignement privé sous contrat. Les dépistages infirmiers de la 12^e année par les personnels de l'éducation nationale sont pratiquement inexistantes dans les établissements privés.

Ce constat est d'autant plus préoccupant au regard des importants effectifs scolarisés dans l'enseignement privé dans certaines académies ou départements, comme le montre le tableau ci-après.

Tableau n° 7 : taux de réalisation des visites de santé obligatoires dans les 10 départements où la part des élèves scolarisés dans le privé est la plus élevée

Départements	Part du privé (1 ^{er} + 2 nd degrés)	Part du privé dans le 1 ^{er} degré	Tx VM de la 6 ^e année dans le privé	Part du privé dans le 2 nd degré	Tx bilan infirmier de la 12 ^e année dans le privé
Vendée	51,5 %	50,7 %	21,4 %	52,5 %	0 %
Morbihan	49,9 %	49,4 %	ND	50,5 %	0 %
Maine-et-Loire	42,3 %	38,9 %	4,9 %	46,5 %	0 %
Finistère	40,2 %	37,2 %	ND	43,7 %	0 %
Ille-et-Vilaine	38,2 %	36,9 %	4,5 %	39,8 %	0 %
Haute-Loire	37,5 %	33,2 %	0,0 %	42,4 %	0 %
Lozère	36,8 %	33,6 %	0,0 %	40,0 %	0 %
Mayenne	36,4 %	34,0 %	0,0 %	39,3 %	0 %
Loire-Atlantique	36,3 %	33,5 %	ND	39,7 %	0 %
Côtes-d'Armor	32,1 %	30,8 %	ND	33,5 %	0 %
Moyenne nationale	17,3 %	14,0 %	4,0 %	21,2 %	1,2 %

Source : Calcul Cour des comptes d'après données du RERS et réponses des académies

ND : Départements pour lesquels les académies n'ont pas été en mesure de ventiler par secteur d'enseignement les visites réalisées

La DGESCO indique que « dans les départements bénéficiant d'effectifs suffisants, les visites de la 6^e année sont effectuées dans le privé sous contrat par les médecins de l'éducation nationale, seuls personnels de la vie scolaire à y intervenir (les infirmiers, psychologues et assistants de service social n'y interviennent qu'exceptionnellement, en cas d'événement grave par exemple) ; Le bilan infirmier de la 12^e année est effectué dans les établissements privés sous contrat qui emploient eux-mêmes un infirmier ».

La direction des affaires financières du ministère, chargée de l'enseignement privé sous contrat, procède de son côté à un abattement de 10 % sur la part infirmier du forfait d'externat versé à ces établissements, au motif que ceux-ci supportent de moindres dépenses car le bilan infirmier de la 12^e année doit être effectué par les personnels infirmiers de l'éducation nationale, selon les termes de l'arrêté du 3 novembre 2015. En contrepartie, la DGESCO, chargée de l'exécution de l'arrêté de 2015, doit s'assurer de la réalisation du bilan de santé de la 12^e année dans l'enseignement privé.

Or l'enquête menée par la Cour a montré que les personnels infirmiers, assistants de service social et psychologues n'interviennent dans l'enseignement privé que rarement et à la demande, notamment pour des élèves à besoins particuliers, surtout porteurs de maladie ou handicap.

Ainsi près du cinquième des élèves, en raison de leur scolarisation dans des écoles et établissements privés, ne bénéficient pas ou très rarement de l'intervention des personnels de santé scolaire alors que les financements correspondants ne sont pas non plus alloués, ce qui compromet l'universalité du dispositif.

CONCLUSION

Responsable du pilotage des personnels et des services, le ministère chargé de l'éducation nationale n'a pas imposé des modes de leur gestion qui garantissent la cohérence de la conduite des dispositifs de santé scolaire et ceci à tous les échelons de son organisation.

La gestion des ressources humaines de ces personnels, très déconcentrée, est assurée en « silos », tant dans les rectorats qu'en administration centrale, les instructions pour créer des instances collaboratives locales entre ces personnels sont diversement appliquées et leurs effets demeurent marginaux, les applications informatiques sont encore distinctes entre les différents métiers.

Dans les académies, l'encadrement opérationnel est inopérant, éclaté entre une chaîne hiérarchique et une chaîne fonctionnelle ce qui laisse de facto aux agents une large autonomie individuelle dans l'organisation de leur travail et la détermination des priorités. D'autant que le service de ces personnels est souvent fragmenté entre plusieurs missions et structures éducatives ou sociales, voire compétentes en matière d'orientation, et que le temps de travail est à la fois mal cerné et trop calqué sur le cadre enseignant.

D'une manière générale, les outils classiques de management manquent: absence de fiches de poste, lettres de mission à titre exceptionnel (pour des missions particulières), peu de rapports d'activité, tableaux de bord de suivi de l'activité des personnels incomplets, défaut de rendez-vous annuels d'évaluation, formation continue indigente.

La prise de conscience du ministère de certaines difficultés et carences est réelle : l'effort de revalorisation des rémunérations des médecins déjà entrepris, doit être poursuivi, les applications informatiques sont en cours de rénovation et d'unification et ce processus doit être accéléré, les instances de concertation créées sont utiles mais elles doivent être effectives; le périmètre du bassin d'éducation serait plus pertinent pour assurer un continuum de suivi de la santé des élèves.

Cependant ces actions souhaitables resteront des palliatifs aux effets limités, faute d'une structuration en services de santé scolaire et d'un pilotage national vigoureux. Les attermolements nombreux pour réorganiser après 2015 la prise en charge des bilans de santé de la 6^e année en témoignent ; aujourd'hui la situation est d'une grande confusion et de facto non maîtrisée par le ministère qui a la charge de leur mise en œuvre.

Cette situation, due en partie à une excessive prise en compte de revendications catégorielles, constitue une cause majeure de perte d'efficacité, d'autant plus dommageable que le service public est fragilisé par une pénurie de médecins qui ne pourra être surmontée qu'à moyen-long terme. Aussi l'organisation des services est-elle à revoir.

Chapitre III

Une organisation à revoir

Tant les constats sur la performance de la santé scolaire à l'aune des visites et dépistages obligatoires que les observations sur l'organisation des services et la gestion des personnels conduisent à préconiser une refonte profonde de la conduite de la santé scolaire, à l'instar des nombreux rapports publiés sur le sujet et rappelés précédemment.

Ne méconnaissant pas les obstacles sociaux et culturels à surmonter pour conduire cette transformation, le rapport recommande de mettre en place une instance d'appui qui garantira la prise en compte des aspects déontologiques propres aux métiers de la santé scolaire.

I - Créer un service académique de la vie et de la santé de l'élève

La difficulté majeure à laquelle se heurte la santé scolaire est l'absence de service social et de santé scolaire au niveau déconcentré.

A - Restaurer une unité d'action et de management

Les organigrammes de certains rectorats font apparaître une superposition de services : par exemple, au sein du rectorat de Paris, un pôle « Élèves et politiques éducatives » comprend entre autres un service médical en faveur des élèves, un service infirmier en faveur des élèves, un service social en faveur des élèves, sans compter une mission académique pour la scolarisation des élèves handicapés, autant de petites cellules autour de chacun des conseillers techniques du recteur ; dans d'autres rectorats, seuls les conseillers techniques figurent dans l'organigramme. Tous les rectorats ont un service académique d'information et d'orientation, qui pilote les centres d'information et d'orientation, et les psychologues du second degré, tandis que ceux du premier degré relèvent de l'inspecteur de l'éducation nationale de leur circonscription.

Des dispositions sont prises dans des notes rectORAles, autant que dans les circulaires ministérielles, pour organiser la collaboration pluri-professionnelle que tous jugent indispensable pour prendre en charge les besoins de santé des élèves, et pour assurer une coordination des quatre métiers qui contribuent le plus directement à la santé scolaire. Elles sont peu efficaces.

La chaîne fonctionnelle qui relie le conseiller technique du recteur (médecin, infirmier, assistant social) au conseiller technique de l'Inspecteur d'Académie – Directeur Académique des Services de l'Education Nationale (IA-Dasen) et aux médecins de secteur, assistants sociaux et infirmiers n'est pas hiérarchique, et la chaîne hiérarchique peut toujours être contournée en s'abritant derrière les instructions fonctionnelles. Les psychologues quant à eux, exercent dans une sphère séparée, alors que leur intervention est fondamentale pour diagnostiquer les troubles des apprentissages et répondre aux problèmes de mal-être des élèves. Les collaborations, lorsqu'elles existent entre les différents services, reposent sur la bonne volonté des personnes,

et sont donc fragiles, faute de l'organisation structurée d'un service qui garantisse par des procédures et méthodes partagées une coordination et une collaboration en toute situation.

Le cloisonnement des services et une conception trop autocentrée sur l'exercice des métiers prédominant, et constituent un obstacle majeur à l'efficacité et à l'efficience des services, situation d'autant plus paradoxale qu'il y a une tension sur les moyens humains.

Aussi la Cour préconise-t-elle de réformer l'organisation des services déconcentrés, à la fois au sein des rectorats et des directions des services départementaux de l'éducation nationale, pour remédier à l'éclatement des services et à la dilution des responsabilités.

La création, à ces deux niveaux, d'un service social et de santé, incluant aussi les fonctions des psychologues qui exercent en circonscription ou en établissement ne peut aboutir, que ce soit dans les rectorats ou les DSDEN, que si les quatre métiers qui doivent collaborer sont traités à égale dignité, chacun ayant des compétences propres qu'il doit continuer d'exercer dans ce cadre commun coordonné : les fonctions des uns et des autres ne sont pas interchangeables et il convient d'en tenir compte.

Pour respecter ces équilibres entre métiers, la direction de ces services devrait être confiée à des inspecteurs d'académie chevronnés. Un tel service permettrait en premier lieu à tous ces personnels de bâtir ensemble, dans une approche pluri-professionnelle, un projet de service à proposer selon le cas au directeur départemental ou au recteur, à partir d'une analyse partagée des besoins de santé des élèves du département ou de l'académie, en faisant des propositions communes d'articulation et de priorisation de leurs interventions. Une programmation fine et collective de ces interventions doit permettre d'améliorer les résultats. Il s'agit aussi de redéfinir la politique locale de promotion de la santé par la création de CESC de bassin pilotés par un inspecteur (IEN) ou un chef d'établissement missionné par ce service, en lieu et place des CESC actuellement développés dans les EPLE dont le caractère obligatoire serait supprimé.

La qualité du management apparaît comme un facteur clé de succès de tels services : il s'agit à la fois de préserver l'autonomie de décision professionnelle de chaque agent dans l'exercice de ses compétences métier, et de faire basculer l'ensemble de ces agents dans un fonctionnement en mode projet, avec des objectifs partagés de résultats collectifs en termes de service rendu aux élèves.

La création de ces services doit être l'occasion de réajuster au profit du premier degré les moyens en personnels infirmiers et d'assistance sociale, trop concentrés comme on l'a vu ci-dessus sur les élèves du second degré.

C'est dans le cadre de cette réorganisation que pourra être prévue la revalorisation indemnitaire des médecins de l'éducation nationale, qui en améliorant l'attractivité du métier, permettrait au ministère de pourvoir les postes vacants afin de doter ces services unifiés des médecins indispensables.

Corollaire de ce regroupement des services, l'unité budgétaire doit être réalisée en réunissant dans le programme 230, *Vie de l'élève*, l'ensemble des moyens et personnels de la santé scolaire, y compris les psychologues de l'éducation nationale.

B - Améliorer les conditions courantes d'exercice des métiers de santé scolaire

La création de tels services permettra d'optimiser les moyens support nécessaires au bon fonctionnement de la santé scolaire, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle, par défaut d'identification d'un responsable unique et d'une mutualisation des procédures et moyens.

La question des centres médico-scolaires, ou, à défaut, de locaux appropriés pour les visites médicales, pour les bilans infirmiers, les bilans ou entretiens avec le psychologue scolaire ou l'assistant social, qui nécessitent un aménagement et une garantie de confidentialité, doit être traitée par ce service avec les collectivités territoriales. Celles-ci manquent en l'état actuel d'un interlocuteur identifié.

Les secrétariats médico-scolaires sont indispensables, pour permettre à ces professionnels de se concentrer sur les élèves, au lieu de consacrer une part trop importante de leur temps à des tâches administratives (comme par exemple la saisie dans le logiciel ESCULAPE des données du dossier papier de PMI de l'enfant). La création de ce service permettra là aussi une meilleure identification et mutualisation des besoins.

Des progrès décisifs et rapides doivent être faits sur les systèmes d'information à la disposition de ces services, en organisant les accès partagés à un dossier élève, chaque professionnel devant pouvoir accéder à la partie qui le concerne.

Les déplacements doivent être facilités en simplifiant les procédures et en prévoyant, dans le cadre de la gestion déconcentrée, des moyens de fonctionnement qui permettent d'optimiser la couverture des différents sites d'intervention.

II - Revoir le partage des tâches entre médecins et infirmiers

Quelques données fondamentales doivent être rappelées pour comprendre l'enjeu d'une restauration de la collaboration entre les personnels de santé scolaire.

Une cohorte de grande section de maternelle représente un effectif d'environ 800 000 enfants. Il n'est pas réaliste de prévoir une visite par le médecin scolaire pour la totalité de ces enfants avec des effectifs de médecins autour d'un millier de praticiens. Et quand bien même le ministère ouvrirait des centaines de postes de médecins scolaires, il ne parviendrait pas à les recruter.

Si on proportionne la charge de dépistage de la 6^e année au nombre de médecins, en tenant nécessairement compte de la charge des consultations à la demande et de leurs autres activités (comme le suivi des élèves porteurs de handicap, atteints de pathologie chronique ou les visites d'aptitude des mineurs aux travaux réglementés), alors une grande majorité d'enfants risquent de n'être vus par aucun professionnel de santé dans le cadre de la santé scolaire. Comme l'enquête l'a démontré, ce nombre augmente et les ciblage effectués sont désordonnés.

Or, la loi fait jusqu'à à présent du bilan systématique de la 6^e année la mesure phare de la santé scolaire. Il paraît donc nécessaire de mobiliser pour répondre à cet objectif les compétences disponibles qui sont aussi celles d'environ 9 000 personnels infirmiers et 3 900 psychologues du premier degré.

Pour ce faire il est impératif de revoir le partage des tâches entre les uns et les autres, surtout entre médecins et infirmiers.

Les dispositions prises par l'arrêté de 2015, séparant les domaines d'intervention des médecins et infirmiers dans les dépistages, se sont inscrites à contre-courant des évolutions récentes de la politique sanitaire, qui aujourd'hui, compte tenu de l'évolution des métiers, des connaissances et des formations, redistribue en partie les missions entre professionnels de santé, confiant, hors de l'école, de nouvelles tâches aux professionnels de proximité que sont les infirmiers et les pharmaciens. Au sein même de l'école, les infirmiers se sont vu confier la délivrance de la contraception d'urgence, le renouvellement de la prescription de contraceptifs, et la prescription de substituts nicotiniques.

Les enjeux de dépistage mériteraient d'envisager une demande d'avis de la Haute autorité de santé (HAS) sur la faisabilité d'un protocole de coopération entre médecins de l'éducation nationale et infirmiers scolaires pour les bilans de santé de la 6^e année, dès lors que la HAS est déjà saisie de la même question pour la coopération entre médecins et infirmières puéricultrices de la PMI. Une coopération de même nature pourrait être étudiée pour la visite préalable à l'affectation des mineurs aux travaux réglementés, sur le modèle de la nouvelle réglementation relative à la santé au travail qui ménage une coopération entre médecin du travail et infirmier en santé au travail¹⁰¹.

La direction générale de l'offre de soins précise que « le dispositif des protocoles de coopération entre professionnels de santé a été substantiellement rénové par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé : il instaure la notion de protocole national, constitué dans des conditions respectant des exigences essentielles définies par décret et auquel l'adhésion des équipes est facilitée. Dans ce cadre, un projet de rédaction d'un protocole national entre médecins scolaires et infirmières puéricultrices de PMI est en cours d'étude avec la direction générale de la santé (DGS). » Si ce projet concerne l'examen de santé de 4 ans, il pourrait être étendu à celui de 6 ans. En revanche, « pour traiter la question relative aux élèves mineurs du secteur professionnel, il conviendrait d'envisager un autre protocole national qui pourrait répondre au besoin constaté. » Cette direction considère que « l'implication des infirmiers scolaires dans de tels protocoles de coopération est souhaitable ».

III - Doter le ministère d'un conseil de la santé scolaire, rendre compte des résultats du service public

Le pilotage ministériel doit s'appuyer sur une instance qui puisse mobiliser des évaluations externes et jouer le rôle d'un conseil scientifique, assurant aussi une interface avec l'écosystème de santé publique. Un tel appui est indispensable pour mener à bien au sein du ministère la nouvelle articulation des métiers de la santé scolaire.

Les professionnels de ces métiers ont besoin de référents de haut niveau dans leur domaine, qui aident le ministère à prendre en compte l'évolution des connaissances

¹⁰¹ Plusieurs décrets d'application de la loi n° 2011-867 de juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail ont été publiés en 2012 : le décret 2012-135 précise la formation et le rôle des infirmiers au sein de cette nouvelle organisation de la santé au travail. L'infirmier recruté est diplômé d'État. S'il n'a pas de formation en santé au travail, il doit bénéficier d'une formation au plus tard dans les 12 mois qui suivent son recrutement.

scientifiques et soient en capacité de produire des avis sur les mesures les plus efficaces pour permettre à l'éducation nationale de faire face aux besoins de santé croissants liés à l'école.

Il est proposé de créer un Conseil de la santé scolaire, instance consultative placée auprès du ministre, et composée de personnalités reconnues pour leur expertise et leur expérience dans le domaine de la santé de l'enfant et de l'adolescent, de la santé publique, et de la formation des médecins, des psychologues, et des personnels infirmiers et d'assistance sociale. Il serait utile qu'y siègent également un spécialiste d'évaluation des politiques publiques, un recteur et un directeur d'ARS (ou un directeur de la prévention au sein d'une ARS), ainsi que la direction générale de la santé et la direction générale de l'offre de soins. Le secrétariat pourrait en être assuré conjointement par la DGESCO et la DEPP.

Ce Conseil aurait notamment vocation à examiner une fois par an un rapport annuel sur la santé scolaire établi par la DGESCO, responsable de cette politique, avec l'aide de la DEPP, car l'enquête santé-social doit être reprise en main, recadrée et supervisée par les services statistiques du ministère, pour en fiabiliser la méthodologie et la déployer de manière obligatoire pour les services. La santé des élèves est une préoccupation importante des pouvoirs publics, comme des familles ; elle est l'objet d'une politique interministérielle ; elle a donné lieu à de multiples commandes d'expertises et de rapports et mobilise une grande attention du Parlement, les élus étant alertés sur ses difficultés et ses insuffisances. Autant de raisons d'assurer la transparence sur sa mise en œuvre, et de rendre compte annuellement de ses résultats et de sa situation (y compris en termes de moyens et collaborations mobilisables) dans un rapport public.

Pour le ministère, cette publication annuelle constituerait un point d'appui pour doter les services sociaux et de santé, tels que préconisés ci-dessus, d'une feuille de route intégrant une démarche de progrès dans la prise en compte des besoins de santé des élèves, avec un calendrier pluriannuel visant à atteindre des résultats cibles, par exemple en matière de dépistages, ou encore d'amélioration de l'accès aux soins en aval.

Le Conseil pourrait également être saisi de demandes d'avis, émanant du Ministre ou du DGESCO, sur tout texte ou dispositif concernant la santé scolaire. Il aurait la faculté, en lien avec la DEPP, de demander des évaluations externes et d'en examiner les résultats.

IV - Développer la complémentarité avec la médecine libérale

Actuellement, 20 consultations de dépistage concernant les enfants et adolescents sont prises en charge par l'assurance maladie¹⁰². La médecine de ville est couramment sollicitée pour les examens obligatoires. Dans un certain nombre de cas, lorsque l'enfant a été suivi en PMI ou par un médecin généraliste, un pédiatre de ville ou en service hospitalier, il a un carnet de santé à jour, et la visite médicale scolaire de la 6^e année vient doubler le suivi opéré en dehors de l'école.

L'articulation du parcours de l'enfant entre la médecine de PMI, la médecine de ville et la médecine scolaire est ainsi déjà effective. Aussi l'éducation nationale pourrait organiser autrement le processus de dépistage de la 6^e année en s'appuyant sur la communication systématique par les familles du carnet de santé. Cette combinaison de moyens, d'une part grâce

¹⁰² Cf. annexe n° 25 : Arrêté du 26 février 2019 relatif au calendrier des examens médicaux obligatoires de l'enfant.

à un nouveau partage des tâches avec les personnels infirmiers, d'autre part par la collaboration avec la médecine de ville, assurerait un rehaussement des cas vus ainsi qu'un ciblage pertinent à partir des informations recueillies.

En effet, le dépistage de la 6^e année par le médecin scolaire devrait alors être programmé pour tous les enfants pour lesquels une visite de la 6^e année n'est pas déjà attestée par la présentation du carnet de santé, ou pour lesquels cette visite a conduit à un signalement de problèmes nécessitant un suivi médical en aval, ou encore dont les difficultés repérées dans le contexte scolaire appellent un examen plus approfondi et/ou la mise en place d'une prise en charge.

V - Systématiser la contractualisation avec les partenaires de la santé publique

L'éducation nationale est engagée dans des partenariats institutionnels susceptibles de compléter l'action de la médecine scolaire, pour peu que les acteurs académiques et locaux s'en emparent de manière proactive, après une première phase, indispensable, d'expression des besoins. Des actions sont mises en place avec des collectivités territoriales : villes de santé scolaire, mais aussi d'autres collectivités. À titre d'exemple, les enfants des écoles de Rupt- sur-Moselle, visitées au cours de l'enquête, ont bénéficié en maternelle d'un repérage et d'une correction des troubles visuels par un orthoptiste, à l'initiative du département des Vosges. De nombreux réseaux associatifs de professionnels de santé (dentistes, praticiens parfois retraités) entourent l'école et peuvent être mobilisés pour la prévention ou le dépistage.

Néanmoins les partenaires les plus importants sont les agences régionales de santé (ARS) et l'assurance maladie.

A - Avec les ARS, étendre des contractualisations fructueuses

La convention cadre de partenariat en santé publique de 2016 a donné lieu à une déclinaison régionale entre chaque ARS et les rectorats de la région considérée¹⁰³. Les conventions s'appuient sur le diagnostic des besoins de santé des élèves et conduisent à des actions de prévention et de promotion de la santé menées en partenariat avec les services de l'éducation nationale.

Les ARS soutiennent la mise en œuvre d'actions collectives de promotion de la santé portant sur les axes prioritaires d'intervention définis dans les conventions. Il résulte de leurs réponses au questionnaire de la Cour qu'elles y consacrent annuellement environ 17 millions d'euros. Les données communiquées par les ARS révèlent que les actions menées dans les établissements scolaires sont très diverses, mais peuvent être regroupées en grandes thématiques. Les actions de prévention des conduites addictives (tabac, alcool, cannabis, etc.) et des conduites à risques au sens large (risques liés aux écrans, risques auditifs, etc.) sont de loin les plus nombreuses ; viennent ensuite les actions liées à la vie affective et sexuelle ; les actions de développement des compétences psychosociales et les actions liées à la nutrition, l'équilibre alimentaire et l'activité physique, ainsi que la santé mentale. La santé

¹⁰³ Cf. annexe n° 26.

environnementale et l'hygiène bucco-dentaire constituent des thématiques un peu moins fréquentes.

Ces actions se fondent souvent sur des programmes probants labellisés par l'agence Santé publique France (SpF) tels que le programme *Unplugged*, programme européen de prévention de la consommation de substances psychoactives en milieu scolaire ; les programmes TABADO et ASSIST de lutte contre le tabagisme ou encore le programme ICAPS (intervention auprès des collégiens, centrée sur l'activité physique et la sédentarité). D'autres sont en cours d'expérimentation comme le dispositif « Ecoute'émotion » déployé dans les régions Île-de-France, Grand Est et Pays-de-Loire auprès des jeunes de 11 à 21 ans en détresse psychologique. Les ARS n'interviennent pas directement dans les établissements scolaires mais financent des opérateurs chargés d'accompagner les équipes éducatives dans le cadre de projets de prévention : l'IREPS, l'ANPAA, Oppedia sont quelques-uns des plus représentatifs parmi un panel très large de structures associatives.

Les actions de prévention et de promotion de la santé sont sélectionnées sur appels à projets lancés auprès des établissements scolaires. Les dossiers sont choisis en concertation avec les services de l'éducation nationale après instruction par les directions départementales des ARS. Les projets doivent répondre à certains critères d'éligibilité. Les ARS exigent généralement qu'ils soient co-construits avec les équipes éducatives, qu'ils s'inscrivent en complément des objectifs du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), ou du projet de l'établissement, et qu'ils contribuent à la réduction des inégalités territoriales, sociales et de santé. Les ARS n'ont pas toujours une visibilité sur l'ensemble des actions qui peuvent être menées dans les établissements scolaires. D'une part, des chefs d'établissement peuvent s'emparer de sujets sans solliciter de financement et peuvent être aidés en ce sens par les étudiants du service sanitaire, d'autre part, des actions peuvent être financées par d'autres opérateurs (MILDECA, conseils départementaux, etc.).

Les ARS reconnaissent la nécessité d'évaluer les actions menées dans les établissements scolaires, toutefois cette évaluation n'est pas systématique ni homogène sur tous les territoires. Si les programmes les plus importants menés sur le long terme font l'objet d'évaluations externes, l'évaluation des actions locales relève plus généralement d'une auto-évaluation assortie d'un bilan quantitatif (nombre d'élèves concernés, satisfaction des élèves et des enseignants, etc.) et d'un compte-rendu financier.

Au-delà du financement d'actions de prévention, certaines ARS apportent leur soutien aux services de santé scolaire pour aider à la réalisation des bilans de santé dans les zones à démographie médicale défavorable ou pour procéder à des dépistages des troubles sensoriels ou des troubles du langage afin d'accompagner les élèves vers des professionnels. Elles peuvent intervenir également dans la prise en charge de la couverture vaccinale en lien avec des médecins libéraux. Ces initiatives locales sont souvent à un stade expérimental, voire à l'état de réflexion, et ne relèvent pas d'une stratégie globale. Elles se heurtent parfois à l'absence de diagnostic sur les besoins non couverts par les services de l'éducation nationale.

B - Avec l'assurance maladie, renforcer le partenariat opérationnel

Une convention nationale a été conclue pour 3 ans en août 2019 entre la DGESCO et la CNAM. Très générale, elle offre un cadre de coopération aux partenaires qui peuvent s'en saisir en académies pour la mise en place de protocoles opérationnels.

Elle prévoit des actions de prévention :

- prévention bucco-dentaire avec la poursuite de l'important programme « M'T Dents », initié en 2008, avec un renforcement du déploiement du programme auprès des enfants de 6 ans en CP, en éducation prioritaire ; depuis 2016, en complément de la sensibilisation collective, des actions de dépistage individuel sur place sont conduites par des dentistes avec l'autorisation des parents. En amont, une éducation à l'hygiène bucco-dentaire se fait auprès des enfants de grande section de maternelle et, depuis le printemps 2019, ces actions sont même mises en place à partir de 3 ans ;
- une clause très générale « développement du parcours santé-éducation entre 0 et 6 ans » peut servir de cadre à des collaborations en académies et avec les DSDEN, puisqu'elle prévoit l'accompagnement des acteurs de la santé scolaire, de la PMI, et de la médecine de ville ;
- un dépistage, un repérage et une prise en charge précoce des troubles visuels, du langage et de la communication, à compter de septembre 2019, ciblés sur les enfants de 1^{ère} année de maternelle, de 2 ans et demi à 3 ans et demi, dans le cadre d'une expérimentation dans les écoles de La Roche-sur-Yon, Nîmes et Bobigny. Le dépistage est réalisé par des orthoptistes et des orthophonistes ;
- une expérimentation de prévention de l'obésité de l'enfant est menée dans le Nord, le Pas-de-Calais, la Seine-Saint-Denis et à La Réunion, proposant une prise en charge pluridisciplinaire pour des enfants de 3 à 8 ans ;
- d'autres volets portent sur la promotion de l'activité physique et de la santé du dos (interventions de masseurs-kinésithérapeutes), sur la prévention et la lutte contre le tabagisme (remboursement par l'assurance maladie des substituts nicotiques prescrits par les infirmiers et médecins de l'éducation nationale), sur la prévention et la lutte contre les conduites addictives, un repérage des souffrances psychiques (Ecoute-moi, expérimentation en Île-de-France, Pays-de-la-Loire et Grand-Est, donnant accès à des consultations de psychologues prises en charge par l'assurance maladie), la prévention des grossesses précoces (achat gratuit des contraceptifs d'urgence dans les pharmacies pour les établissements scolaires, les infirmiers scolaires pouvant les délivrer, renouvellement pour 6 mois par les infirmiers scolaires des prescriptions de contraceptifs oraux datant de moins d'un an, avec prise en charge par l'assurance maladie).

Il appartient maintenant au ministère d'inciter les services de santé scolaire à s'emparer de ce cadre pour mettre en œuvre des coopérations en fonction des besoins de santé des écoles et établissements du territoire, pour la mise en œuvre de partenariats d'éducation à la santé ou pour des dépistages par des professionnels de santé, et pour favoriser l'accès des élèves aux soins en aval.

Les rectorats se sont saisis des conventions avec les ARS, mais les discussions ont été dans certains cas complexes, et les acteurs locaux de l'éducation nationale ne s'inscrivent pas tous spontanément dans ces logiques de coopération interministérielle ou interinstitutionnelle : c'est encore souvent une culture à acquérir que la création de service de santé scolaire peut contribuer à forger en devenant l'interlocuteur institutionnel des partenaires.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Ainsi est-il présenté au terme de l'enquête de la Cour un corpus de mesures qui forme une approche systémique, dont la Cour estime qu'elle constitue la condition sine qua non du maintien d'un dispositif autonome et efficace de santé scolaire.

La Cour formule les recommandations suivantes :

1. dans les directions départementales des services de l'éducation nationale (DSDEN), regrouper au sein d'un service de santé scolaire les médecins, les personnels infirmiers et d'assistance sociale et les psychologues de l'éducation nationale. Créer un service de pilotage dans les rectorats, sous la direction d'un inspecteur d'académie (MENJ) ;
 2. créer des comités d'éducation à la santé et la citoyenneté (CESC) de bassin et supprimer le caractère obligatoire des CESC d'établissement (MENJ) ;
 3. dans le cadre de la réorganisation souhaitée par la Cour, revaloriser la rémunération des médecins de l'éducation nationale (MENJ, MACP/Fonction publique) ;
 4. transférer la charge budgétaire des psychologues de l'éducation nationale, inscrite aux programmes 140 et 141 vers le programme 230, Vie de l'élève (MENJ).
 5. développer et déployer dans les meilleurs délais les applications métier de la santé scolaire et de DIAPASON (MENJ) ;
 6. revoir le partage des tâches entre médecins de l'éducation nationale et personnels infirmiers, notamment pour les visites médicales de la 6e année de l'enfant et des élèves mineurs des filières de l'enseignement professionnel (MENJ, MSS) ;
 7. doter le ministère d'un Conseil de la santé scolaire, publier un rapport annuel sur la santé scolaire (MENJ) ;
 8. articuler les dépistages obligatoires de la 6e année de l'enfant avec les dépistages réalisés par la médecine de ville ou hospitalière retracés dans le carnet de santé de l'enfant et à l'avenir dans son dossier médical partagé (DMP) (MENJ, MSS) ;
 9. engager une concertation avec les collectivités territoriales pour la rénovation des centres médico-scolaires, et les doter d'un socle de moyens en personnels de secrétariat (MENJ).
 10. contractualiser au niveau académique avec les institutions partenaires (collectivités territoriales, ARS, assurance maladie) les modes de collaboration avec les services de santé scolaire (MENJ).
-

Conclusion générale

Les difficultés du dispositif de santé scolaire pour remplir ses missions et les inégalités devant le service public mises en lumière par l'enquête sont si importantes qu'une réorganisation complète du dispositif, assortie d'une révision des méthodes de travail, s'avère indispensable. À cet égard la dernière partie de ce rapport présente un corps de mesures propres à conduire cette rénovation.

Le décret en préparation pour l'application de l'article 13 de la *loi du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance* devrait déterminer les missions prioritaires des personnels et revoir le partage des tâches entre les différents professionnels. S'offre ainsi l'opportunité de bien répartir l'effort de dépistage et de suivi des enfants aux différents âges en tenant compte des besoins propres de la santé scolaire.

Une action en complément de la PMI qui ne doit pas monopoliser les personnels de santé scolaire au détriment de leurs autres missions

La loi pour une école de la confiance a tiré les conséquences de l'abaissement à trois ans de l'âge de la scolarité obligatoire, en confiant aux professionnels de santé de l'éducation nationale les visites de dépistage des enfants de trois à quatre ans lorsque le service départemental de PMI n'est pas en mesure de les réaliser. Ces examens de santé dès la première année de scolarité sont considérés par le ministère de la santé comme une priorité cruciale dans une politique de santé publique axée sur la prévention. Ils constitueront aussi la première étape du parcours de santé de l'élève.

Pour autant, les dépistages ultérieurs ne sauraient être négligés, en particulier celui de la 6^e année, à la veille de l'entrée au cours préparatoire, où l'enfant aborde les apprentissages fondamentaux. Les difficultés qui peuvent apparaître chez certains élèves postérieurement à la visite de la 4^e année justifient ce dépistage axé, selon les termes de la loi, sur « les troubles spécifiques du langage et des apprentissages ».

Aussi la Cour appelle-t-elle à maintenir les ambitions en matière de dépistages et de suivi des difficultés de santé repérées. La réorganisation de la santé scolaire dans les services académiques et départementaux, sa structuration en services pluri-professionnels sous la responsabilité d'un inspecteur d'académie chevronné, devraient améliorer les performances trop souvent médiocres relevées par l'enquête sans qu'il soit besoin d'accroître les moyens.

Puisque doivent être fixées par voie réglementaire les conditions de la visite de la 4^e année mais aussi de la 6^e année, et « la périodicité et le contenu de l'examen médical de prévention et de dépistage, ainsi que les modalités de coordination avec les missions particulières des médecins traitants », la Cour estime que l'opportunité de revoir en profondeur l'arrêté de 2015 doit être saisie.

Un rattachement de la santé scolaire à l'éducation nationale à préserver pour autant que ce ministère procède à une réforme indispensable

L'option d'une décentralisation de la santé scolaire, souvent évoquée, est de nouveau à l'étude à la demande du Premier ministre : il s'agirait d'en confier la compétence aux départements, déjà chargés de la PMI et de l'aide sociale à l'enfance. Cette orientation ne devrait pas être arrêtée sans que soit au préalable menée une étude approfondie.

Les difficultés de la PMI, dont le service rendu est très inégal selon les départements, tributaire de moyens très variables et souvent insuffisants, alertent quant aux effets de cette voie.

En outre le pilotage des services de santé scolaire est complexe et délicat, compte tenu de la pluralité des métiers engagés, d'un historique compliqué et de cultures professionnelles spécifiques à l'éducation nationale, dont il faut tenir compte. Les trois niveaux scolaires : école, collège et lycée, relèvent de collectivités différentes, si bien que les départements prendraient en charge des interventions dans des écoles et établissements relevant d'autres niveaux territoriaux, ajoutant à l'enchevêtrement des responsabilités.

Un pilotage national de la politique de santé à l'école apporte aussi des garanties aux familles et pour les enfants scolarisés : en cas de péril sanitaire, il est souhaitable que l'État conserve l'unité de décision et de commandement au sein du système éducatif. Cela se vérifie dans le contexte actuel de l'épidémie de covid-19.

Pour autant le maintien d'un dispositif national sous la responsabilité du ministère chargé de l'éducation ne se justifie que s'il est assorti d'un pilotage résolu pour apporter une réponse de qualité aux besoins de santé des élèves, et d'une articulation renforcée avec le système général de santé publique. La santé scolaire est un dispositif crucial dans la stratégie de santé publique parce qu'il permet une politique de prévention pour l'ensemble d'une classe d'âge ; il est aussi indispensable pour le cœur de métier de l'école, qui doit traiter des difficultés et handicaps d'apprentissage de nature très diverse ; sans le concours des professionnels des métiers de la santé scolaire, l'école inclusive n'est pas possible.

Ce dispositif de santé au sein de l'école mérite pour ces raisons d'être préservé à l'impérative condition d'être rénové. Dans cette perspective, la Cour entend ultérieurement élargir son analyse dans le cadre d'une enquête plus générale sur la politique de santé en faveur des enfants.

Liste des abréviations

AESH	: accompagnants d'élèves en situation de handicap
ARS	: agence régionale de santé
ASH	: adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés
ASS	: assistant de service social
BSEDS	: bilan de santé et d'évaluation du développement pour la scolarité à 5/6 ans
CAESC	: comité académique d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CAFFA	: certificat d'aptitude aux formations de formateur académique
CDESC	: comité départemental d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CESC	: comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CIO	: centre d'information et d'orientation
CIS	: comité interministériel pour la santé
CLS	: contrat local de santé
CMPP	: centres-médico-psycho-pédagogiques
CMS	: centre médico-scolaire
CNOM	: conseil national de l'ordre des médecins
CPAM	: caisse primaire d'assurance maladie
CPE	: conseiller principal d'éducation
CPS	: compétences psychosociales
CSAIO	: chef du service académique de l'information et de l'orientation
CTSS	: conseiller technique de service social
DAF	: direction des affaires financières
DASEN	: directeur académique des services de l'éducation nationale
DCIO	: directeur de CIO
DEPP	: direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance
DES	: diplôme d'études spécialisées
DGESCO	: direction générale de l'enseignement scolaire
DGRH	: direction générale des ressources humaines
DGS	: direction générale de la santé
DGOS	: direction générale de l'offre de soins
DMP	: dossier médical personnel
DNE	: direction numérique pour l'éducation
DOM	: département d'outre-mer
DSDEN	: direction des services départementaux
EHESP	: école des hautes études en santé publique
EPLE	: établissement public local d'enseignement
ESPAD	: european schoolsurvey project on alcohol and other drugs
ESPE	: écoles supérieures du professorat et de l'éducation
ETP	: équivalent temps plein
ETPT	: équivalent temps plein travaillé

FST : formation de spécialité transversale
 GRH : gestion des ressources humaines
 GSM : grande section de maternelle
 HAS : haute autorité de santé
 HBSC : health behaviour in school-aged children
 IA-IPR : inspecteur d'académie-inspecteur pédagogique régional
 IA-DASEN : . inspecteur d'académie - Directeur académique des services de l'éducation nationale
 IEN : inspecteur de l'éducation nationale
 IEN-ASH : inspecteur d'académie-adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés
 IGEN : inspection générale de l'éducation nationale
 IGAENR : inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche
 IGAS : inspection générale interministérielle du secteur social
 IH2EF : institut des hautes études de l'éducation et de la formation
 INSPQ : institut national de santé publique du Québec
 IP : information préoccupante
 IREPS : instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
 LIEN : logiciel infirmier de l'éducation nationale
 LP : lycée professionnel
 LPO : lycée polyvalent
 MDPH : maison départementale des personnes handicapées
 MENJ : ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse
 MILDECA : . mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
 MISP : médecin inspecteur de santé publique
 MSS : ministère des solidarités et de la santé
 OMS : organisation mondiale de la santé
 ORS : obligations réglementaires de service
 ORS : observatoire régional de santé
 PAI : projet d'accueil individualisé
 PAP : plan d'accompagnement personnalisé
 PIAL : pôle inclusif d'accompagnement localisé
 PJJ : protection judiciaire de la jeunesse
 PPCR : parcours professionnels, carrières et rémunérations
 PMI : protection maternelle et infantile
 PPS : projet personnalisé de scolarisation
 PSC1 : prévention et secours civiques de niveau 1
 PsyEN EDA : psychologue de l'éducation nationale spécialité « éducation, développement et conseil en orientation scolaire et professionnelle »
 PsyEN EDO : psychologue de l'éducation nationale spécialité « éducation, développement et conseil en orientation scolaire et professionnelle »
 PRS : plan régional de santé
 RAP : rapport annuel de performance
 RASED : réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté
 REP : réseau d'éducation prioritaire
 RERS : repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche

- RIFSEEP : régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel
- SAGESSE : .. système automatisé gestion santé
- SEGPA : section d'enseignement général et professionnel adapté
- SESSAD : services d'éducation et de soins spécialisés à domicile
- SGEC : secrétariat général de l'enseignement catholique
- SSFE : service social en faveur des élèves
- SST : sauveteur secouriste du travail
- SGMAS : secrétariat général des ministères sociaux
- SMSS : service municipal de santé scolaire
- SPF : Santé publique France
- UFSBD : union française pour la santé bucco-dentaire
- ULIS : unité localisée pour l'inclusion scolaire
- UP2A : unité pédagogique pour élèves allophones