



N° 3968

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 novembre 2011.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ PAR LE

COMITÉ D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE DES POLITIQUES PUBLIQUES
SUR *la médecine scolaire*

ET PRÉSENTÉ

PAR M. GÉRARD GAUDRON ET MME MARTINE PINVILLE

Députés.

SOMMAIRE

	Pages
SYNTHÈSE	9
PROPOSITIONS DES RAPPORTEURS	12
INTRODUCTION	15
PRÉAMBULE : LA MÉDECINE SCOLAIRE, L'EXPRESSION D'UNE SPÉCIFICITÉ FRANÇAISE	18
A. UNE IDÉE RÉPUBLICAINE	18
B. LE CHOIX D'UN DISPOSITIF INTÉGRÉ AUX STRUCTURES SCOLAIRES	19
PREMIÈRE PARTIE – UNE MÉDECINE SCOLAIRE À LA CROISÉE DE POLITIQUES PUBLIQUES PLURIELLES	23
I. LA MÉDECINE SCOLAIRE, ACTEUR DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE EN FAVEUR DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS	23
A. LE SUIVI DE LA SANTÉ DES ENFANTS SCOLARISÉS	24
1. L'examen de santé lors de la sixième année	24
2. Le bilan de santé à 9, 12 et 15 ans.	26
B. LA LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ	27
C. LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES	28
D. LA VEILLE ÉPIDÉMIOLOGIQUE.....	29
E. UNE PRÉSENCE MÉDICALE DANS L'ÉCOLE	30
II. LA PARTICIPATION DE LA MÉDECINE SCOLAIRE AUX POLITIQUES PUBLIQUES CONNEXES MENÉES EN MILIEU SCOLAIRE	31
A. LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE HANDICAP	31
B. LA PROTECTION DE L'ENFANCE EN DANGER.....	34
C. LA PRÉVENTION DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES.....	37
III. LES MISSIONS DE LA MÉDECINE SCOLAIRE ATTRIBUÉES PAR LE MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE	38
A. LA CONTRIBUTION DE LA MÉDECINE SCOLAIRE À LA POLITIQUE ÉDUCATIVE DE L'ÉDUCATION NATIONALE	39

1. Participer à la mise en place des dispositifs adaptés pour la scolarisation des élèves à besoins spécifiques.....	39
2. Appuyer la dynamique des établissements d'enseignement en matière d'éducation à la santé	39
3. Contribuer à la formation des personnels de l'Éducation nationale en matière de santé	43
B. LES AUTRES MISSIONS CONFIEES PAR L'ÉDUCATION NATIONALE	43
1. Intervenir en urgence lors d'événements graves	43
2. Certifier l'aptitude des élèves de l'enseignement technique à l'utilisation de machines professionnelles	45
IV. DES MISSIONS TROP NOMBREUSES ET TROP DISPARATES ?	46
A. UN CADRE D'EMPLOI PEU RATIONNEL	46
B. UN EXERCICE MÉDICAL À PART ENTIÈRE.....	47
C. UNE RATIONALISATION DES TÂCHES ATTRIBUÉES À LA MÉDECINE SCOLAIRE QUI DEMEURE POSSIBLE	48
DEUXIÈME PARTIE – LA DIFFICULTÉ DE LA MÉDECINE SCOLAIRE À ATTEINDRE LES OBJECTIFS QUI LUI SONT FIXÉS	51
I. L'ANALYSE DU FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF DE MÉDECINE SCOLAIRE A FAIT APPARAÎTRE DES DIFFICULTÉS STRUCTURELLES	53
A. UN PILOTAGE PEU AFFIRMÉ ET TENDANT À LA DILUTION DES ENJEUX SANITAIRES AU SEIN DE LA POLITIQUE ÉDUCATIVE CONDUITE PAR L'INSTITUTION.....	53
1. Reposant sur une définition ambiguë de la santé en milieu scolaire, la capacité d'entraînement de l'administration centrale du ministère de l'Éducation nationale est faible	53
<i>a) Les incertitudes sur le contenu de la mission de promotion de la santé confiée au ministère de l'Éducation nationale</i>	<i>53</i>
<i>b) La politique de santé scolaire se trouve trop souvent réduite au rôle d'une simple politique d'appui aux objectifs de l'éducation nationale en termes de réussite scolaire</i>	<i>55</i>
2. Le pilotage rectoral n'est pas non plus, sauf exception volontariste, organisé pour promouvoir la santé.....	57
B. UN DÉFICIT DE RESSOURCES HUMAINES RÉSULTANT D'UNE INSUFFISANTE ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS PROPOSÉS.....	59
1. Une évolution difficile à discerner du fait des ruptures de séries statistiques.....	59
2. Des perspectives d'évolution préoccupantes	61
3. Le manque de candidats intéressés par les métiers de la santé scolaire	64
4. Des déséquilibres géographiques qui vont en s'accroissant.....	66

5. Une insuffisance d'attractivité qui tient à une pluralité de facteurs.....	67
<i>a) Des conditions de rémunérations plus défavorables que celles des corps de la fonction publique comparables</i>	67
<i>b) Une reconnaissance sociale qui n'est pas à la hauteur des enjeux sanitaires auxquels les médecins scolaires sont confrontés.....</i>	69
II. L'EFFICACITÉ DE LA MÉDECINE SCOLAIRE EN MATIÈRE DE PRÉVENTION SANITAIRE EST ENTRAVÉE PAR LA COMPLEXITÉ DE SON POSITIONNEMENT INSTITUTIONNEL.....	70
A. LA SANTÉ DE L'ENFANT : LA NÉCESSITÉ D'UN INDICATEUR SYNTHÉTIQUE MAIS QUI RESTE À CONCEVOIR.....	70
1. Le suivi de la santé de l'enfant a justifié la mise en œuvre de dispositifs <i>ad hoc</i> par les pouvoirs publics	71
<i>a) Les enquêtes épidémiologiques en milieu scolaire : un outil de connaissance de la santé de l'enfant sans équivalent.</i>	71
<i>b) Les données collectées dans le cadre du suivi des objectifs de la loi de santé publique du 4 août 2004.....</i>	73
2. Une batterie d'indicateurs de santé publique éprouvés, mais qui ne fournit pas une vision globale de la santé des jeunes	75
B. LES INTERROGATIONS SUR L'EFFICACITÉ DE LA MÉDECINE SCOLAIRE TIENNENT MOINS À LA BAISSÉ DU TAUX DE DÉPISTAGE QU'À L'INSERTION INSUFFISANTE DE SON ACTION AU SEIN DU SYSTÈME DE SANTÉ	76
1. Faute de référentiels sanitaires adaptés, la question des bilans systématiques de santé cristallise les interrogations	76
<i>a) Le bilan de santé à 6 ans</i>	76
<i>b) Un suivi médical au mieux lacunaire au travers des bilans de santé systématiques prévus à 9, 12 et 15 ans</i>	79
2. La politique suivie par l'éducation nationale en matière de prévention de la santé des jeunes n'a pas véritablement tiré les conséquences de la régionalisation des enjeux de santé publique	80
3. Dimension essentielle du dépistage, la question du recours aux soins repose sur le volontarisme des personnels.....	82
4. L'action exemplaire de certaines académies en matière de détection et d'orientation vers une prise en charge adaptée des troubles «dys» pose la question de leur généralisation	84
III. BIEN QU'ELLE SOIT SOUVENT DÉCISIVE, LA CONTRIBUTION DE LA MÉDECINE SCOLAIRE AUX DIFFÉRENTES POLITIQUES PUBLIQUES MENÉES EN MILIEU SCOLAIRE EST INSUFFISAMMENT RECONNUE.....	86
A. LA MÉDECINE SCOLAIRE, ET PLUS GÉNÉRALEMENT L'ÉDUCATION NATIONALE, APORTE UNE CONTRIBUTION DÉCISIVE À L'INTÉGRATION SCOLAIRE DES ÉLÈVES HANDICAPÉS	86
B. LA CONTRIBUTION DE LA MÉDECINE SCOLAIRE À LA PROTECTION DE L'ENFANCE EN DANGER EST ÉGALEMENT ESSENTIELLE	87

C. L'APPORT DE LA MÉDECINE SCOLAIRE À LA POLITIQUE CONTRE LES GROSSESSES NON-DÉSIRÉES EST LIMITÉ PAR LES CONTRAINTES RÉSULTANT DU DISPOSITIF LÉGISLATIF	89
D. L'INVESTISSEMENT DES PERSONNELS DE SANTÉ SCOLAIRE DANS LES ACTIONS D'ÉDUCATION À LA SANTÉ TROUVE PEU DE RELAIS CLAIREMENT IDENTIFIÉS AU SEIN DE LA COMMUNAUTÉ ÉDUCATIVE.....	92
1. Les personnels de santé scolaire, et en particulier les infirmières scolaires, sont un élément essentiel du dispositif d'éducation à la santé	92
2. Les experts en santé de l'adolescent s'accordent à souligner l'importance d'une éducation à la santé dispensée précocement	92
3. Sur le terrain, la situation semble avoir peu progressé depuis le constat d'insuffisance dressé par une mission commune des inspections générales de l'éducation nationale et des affaires sociales en 2004.....	94
TROISIÈME PARTIE – LES PRÉCONISATIONS DE LA MISSION PARLEMENTAIRE : UNE MÉDECINE SCOLAIRE RENFORCÉE AU SEIN D'UN SYSTÈME DE PRÉVENTION ORGANISÉ AUTOUR DE L'ENFANT	99
I. LE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE PRÉVENTION À L'ÉGARD DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS EST LA CONDITION PREMIÈRE D'UNE MEILLEURE EFFICACITÉ DE LA MÉDECINE SCOLAIRE.	103
A. INSTALLER UN ORGANE COMPOSÉ D'EXPERTS EN SANTÉ PUBLIQUE CHARGÉS DE CONSEILLER LE PARLEMENT ET LE GOUVERNEMENT SUR LA POLITIQUE DE SANTÉ EN DIRECTION DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS.	103
B. DOTER LA MÉDECINE DE PRÉVENTION D'UN CADRE STATUTAIRE COMMUN POUR LES PERSONNELS MÉDICAUX AU SEIN DE LA FONCTION PUBLIQUE. ..	104
II. LA PLACE DE LA SANTÉ AU SEIN DE L'ÉCOLE DOIT ÉGALEMENT ÊTRE RÉAFFIRMÉE	105
A. CLARIFIER LE CONTENU DE LA MISSION DE PROMOTION DE LA SANTÉ CONFIEE À L'ÉCOLE.....	105
B. ADAPTER LES MODALITÉS DU SUIVI BUDGÉTAIRE RÉALISÉ PAR LE PARLEMENT	106
III. UNE AMÉLIORATION DU DISPOSITIF DE MÉDECINE SCOLAIRE EST NÉCESSAIRE POUR QUE CELUI-CI PUISSE DÉPLOYER SON EFFICACITÉ OPTIMALE	107
A. LES AMÉLIORATIONS À APPORTER AU PILOTAGE DE LA MÉDECINE SCOLAIRE.....	107
1. La question du rattachement de la médecine scolaire	107
2. Individualiser les organes de pilotage de la médecine scolaire au sein du ministère de l'Éducation nationale	109
a) <i>Au niveau national</i>	109
b) <i>Au niveau rectoral</i>	111

B. ASSURER LA PÉRENNITÉ DE LA SANTÉ SCOLAIRE PAR LA RECONSTITUTION D'UN VIVIER DE CANDIDATS POTENTIELS AUX CONCOURS DE MÉDECINS ET D'INFIRMIERS SCOLAIRES.....	111
C. AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DES ACTIONS DE DÉPISTAGE DE LA MÉDECINE SCOLAIRE.....	112
1. Confirmer la faculté des médecins scolaires de prescrire des examens diagnostiques, et notamment des bilans orthophoniques.....	113
2. Affirmer le caractère prioritaire de l'accompagnement aux soins dans les zones défavorisées sur le plan médico-social, en développant les fonctions d'accompagnement en santé des familles.....	113
D. ÉVALUER LA PERTINENCE DES NOUVELLES ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE PRESCRITES EN MILIEU SCOLAIRE.....	114
1. Saisir le Haut conseil de la santé publique sur la pertinence d'actions de dépistage systématiques lors de la 9 ^e , 12 ^e et 15 ^e année.....	114
2. Saisir le Haut conseil de la santé publique sur la place des services de santé scolaires dans la détection et la prise en charge des « dys ».....	115
E. RÉAFFIRMER LES ENJEUX DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ AU SEIN DE L'INSTITUTION SCOLAIRE.....	116
AUDITION DE M. DIDIER MIGAUD, PREMIER PRÉSIDENT DE LA COUR DES COMPTES LE 6 OCTOBRE 2011.....	119
RÉUNION DU CEC DU 17 NOVEMBRE 2011 : EXAMEN DU PROJET DE RAPPORT D'INFORMATION.....	138
ANNEXE N°1 : LES SERVICES MUNICIPAUX DE SANTÉ SCOLAIRE EN EXERCICE EN FRANCE.....	149
ANNEXE N°2 : RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES BESOINS SANITAIRES : L'EXEMPLE DE L'ACADÉMIE DE LILLE.....	155
ANNEXE N°3 : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES.....	158
ANNEXE N°4 : SIGLIER.....	162
ANNEXE N°5 : RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES : CONTRIBUTION À L'ÉVALUATION DE LA MÉDECINE SCOLAIRE.....	163

SYNTHÈSE

Depuis sa fondation en 1945, la médecine scolaire a traversé plusieurs crises. Idée généreuse autant que républicaine, la médecine scolaire, initiée dans le contexte de redressement national qui a marqué l'après-guerre, s'est trouvée à plusieurs reprises confrontée à une pénurie de moyens, conduisant à s'interroger sur le sens profond de ses missions, qui sont nombreuses, et sur les attentes de la société à son égard. En 1989, le P^r Jean-Pierre Deschamps, qui fut un des pionniers de la santé publique française, s'écriait ainsi dans un éditorial « Oui, il faut sauver la médecine scolaire ! »⁽¹⁾.

La médecine scolaire est à nouveau à la **croisée des chemins**. L'écart n'a jamais été aussi grand qu'aujourd'hui entre les missions qui lui sont confiées, de plus en plus nombreuses, et ses ressources, qui, après avoir connu un renforcement au début des années 2000, connaissent désormais une phase de décrue démographique majeure.

Pour comprendre les raisons d'une telle crise, le Comité d'évaluation et de contrôle de l'Assemblée nationale a décidé d'inscrire ce thème à son programme de travail et a sollicité sur ce sujet l'assistance de la Cour des comptes, dans le cadre prévu par l'article 472 de la Constitution.

Au vu des conclusions de l'évaluation rendue par la Cour des comptes, confortées par leurs propres investigations sous la forme d'auditions, de questionnements écrits et de missions sur le terrain, les rapporteurs ont constaté que la **médecine scolaire**, prenant acte de l'évolution du champ de la santé à l'école, **avait su se mobiliser massivement** pour permettre à l'éducation nationale de relever au cours de la décennie qui vient de s'écouler, **deux grands défis** : la **scolarisation des enfants handicapés ou souffrant de maladie chronique** et la **détection des troubles du langage et de l'apprentissage**. De plus, la mission a constaté qu'en leur qualité de professionnels de santé, les personnels infirmiers de l'éducation nationale occupaient aujourd'hui un rôle majeur dans le dispositif d'éducation à la santé et dans la prise en charge des situations de souffrance psychiques dans les établissements du second degré.

Toutefois, cette réussite, obtenue **sans l'octroi de moyens supplémentaires**, a nui à **l'atteinte des objectifs officiellement assignés** à la médecine scolaire, en particulier à la réalisation de bilans de santé systématique en milieu scolaire. De plus, si la mission parlementaire a pu vérifier que l'intervention des personnels de santé s'inscrivait dans le cadre de **plusieurs politiques publiques** qui sont toujours au cœur des préoccupations des pouvoirs publics, elle a aussi constaté que les **textes** qui régissent cette action sont **anciens** et ne sont plus en mesure de replacer les tâches attendues de la part de ces personnels dans une architecture d'ensemble.

Ce phénomène de **dilution des enjeux** est particulièrement perceptible dans le domaine de la politique sanitaire, qui, bien qu'elle ait fait l'objet d'un renforcement par le Législateur en 2007, est souvent perçue par le ministère de l'Éducation nationale comme une simple politique d'appui à la politique éducative menée par celui-ci.

(1) Oui, il faut sauver la santé scolaire. Jean-Pierre Deschamps, *Médecine et enfance 1989* : 179-82.

Par ailleurs, la mission parlementaire a mis en évidence que la profession de médecin scolaire était menacée par des **perspectives démographiques encore plus défavorables** que pour le reste des professions médicales. La cause réside dans l'insuffisante attractivité de la carrière proposée au sein du ministère de l'Éducation nationale, notamment aux yeux des jeunes médecins. Malgré les spécificités d'un exercice médical dont tous soulignent la variété et l'intérêt, les signes, relevés par la mission parlementaire, d'une désaffection à l'égard des conditions de travail proposées montrent l'urgence de mesures correctives, sous peine d'enregistrer une baisse très rapide des effectifs dans les cinq prochaines années.

Enfin, la mission parlementaire a relevé, à l'instar de la Cour des comptes, que les **fonctions de pilotage de la médecine scolaire étaient assumées par un système trop centralisé** qui ne donnait pas à celle-ci l'autonomie nécessaire et la capacité de s'adapter à la nature des enjeux de santé actuels. L'analyse menée par la Cour des comptes a en effet montré que le pilotage assuré par l'administration centrale de l'éducation nationale s'avère déconnecté de la réalité des besoins sanitaires tandis que les services rectoraux, concentrés autour de l'objectif de réussite scolaire assigné à l'école, mobilisent peu de moyens pour les activités qui ne concourent pas directement à cet objectif.

Au moment où l'affirmation d'une politique de prévention conduit à donner une **place plus grande à la coordination des acteurs de santé** et à la prise en compte du **caractère pluridisciplinaire des questions de santé**, la responsabilité de l'école à l'égard de la santé des élèves scolarisés, bien que subsidiaire par rapport à la responsabilité parentale, demeure essentielle dans trois aspects :

– en liaison avec l'objectif de réussite scolaire de l'école, dont la santé est un déterminant, l'école a la **mission de dépister les problèmes de santé des élèves susceptibles d'entraver leur scolarité** et de **faciliter l'insertion des enfants souffrant d'une maladie ou d'un handicap** dans l'école ;

– la mission éducative de l'école intègre l'objectif de **rendre les enfants autonomes et responsables à l'égard de leur propre santé** ;

– institution publique, l'école est non seulement un relais mais surtout **un acteur à part entière des politiques de santé menées par l'État** en direction des élèves dont elle a la charge.

Les personnels de santé scolaire sont des **acteurs indispensables** à la réalisation de ces missions et, s'interrogeant sur les moyens de garantir leur avenir, les rapporteurs ont la conviction, même si la présence en France d'une quinzaine services municipaux de santé scolaire montre l'intérêt de formes d'organisation alternatives, que c'est au sein des services de l'État que la médecine scolaire sera le plus à même de relever ces défis.

Face au constat que la situation dégradée dans laquelle la médecine scolaire est aujourd'hui trouvée sa cause profonde dans les carences de la prévention sanitaire autour de l'enfant – insuffisance des moyens mis en œuvre et coordination des acteurs sanitaires globalement médiocre –, les rapporteurs considèrent que les solutions à la crise actuelle sont à replacer dans le cadre **d'une politique globale de renforcement de la prévention autour de l'enfant**, qui se développerait selon les axes suivants :

- l'amélioration du pilotage de la politique de santé et de prévention en faveur des enfants et des adolescents ;
- l'inscription de la promotion de la santé dans le code de l'éducation comme une mission à part entière de l'école ;
- le renforcement de la lutte contre les inégalités de santé ;
- une réforme du pilotage ministériel de la médecine scolaire ;
- le renforcement de la coordination entre les médecins de prévention par le développement de leurs liens professionnels au travers d'un cadre statutaire commun.

Le renforcement de la prévention autour de l'enfant ne peut cependant produire pleinement ses effets sans s'appuyer sur un dispositif de médecine scolaire dont l'efficacité ne soit garantie et la pérennité assurée. **Des mesures urgentes sont nécessaires pour revaloriser la profession de médecin scolaire** en vue de reconstituer très rapidement un vivier de candidats à cette carrière, dans le respect du cadre très contraint qui s'impose aujourd'hui à nos finances publiques.

Ces recommandations s'appuient notamment sur les conclusions de la contribution de la Cour des comptes à l'évaluation de la médecine scolaire demandée par le Comité d'évaluation et de contrôle.

PROPOSITIONS DES RAPPORTEURS

Le renforcement du système de prévention à l'égard des enfants et des adolescents comme première priorité :

- Installer un organe d'experts en santé publique chargé de conseiller le Parlement et le Gouvernement sur les modalités de la politique de santé physique et psychique en direction des enfants et des adolescents
- Doter la médecine de prévention d'un cadre statutaire commun pour les personnels médicaux au sein de la fonction publique

L'affirmation de la place de la santé au sein de l'école :

- Clarifier le contenu de la mission de promotion de la santé confiée à l'école
- Adapter en conséquence les modalités du programme budgétaire 230 « *Vie de l'élève* » dans le sens d'une meilleure intégration des enjeux de la promotion de la santé
- Permettre une meilleure prise en compte des enjeux de l'éducation à la santé au sein de l'institution scolaire, allant de l'école élémentaire au lycée, en ciblant en priorité une mise à niveau de la formation initiale et continue des enseignants dans ce domaine

Des moyens garantissant à la médecine scolaire l'efficacité de son action sanitaire :

- Instituer des organes décisionnaires de pilotage de la médecine scolaire au sein du ministère de l'Éducation nationale, aux niveaux national et rectoral
- Améliorer les conditions du pilotage régional de la politique de santé en faveur des enfants et des adolescents par les agences régionales de santé grâce à la création d'observatoires régionaux d'épidémiologie scolaire
- Confirmer la faculté des médecins scolaires de prescrire des examens diagnostiques, et notamment des bilans orthophoniques
- Affirmer la continuité des actions de dépistage et des soins, en développant les fonctions d'« accompagnement santé » des familles dans les zones prioritaires sur le plan médico-social

Le choix de modalités d'interventions adaptées aux enjeux actuels de la santé publique :

- Saisir le Haut conseil de la santé publique sur la pertinence d'actions de dépistage systématiques lors de la 9^e, 12^e et 15^e année
- Saisir le Haut conseil de la Santé publique sur la place des services de santé scolaires dans la détection et la prise en charge des troubles du langage et de l'apprentissage

Un service de santé scolaire dont l'avenir soit préservé

- Assurer la pérennité du service de santé scolaire par la reconstitution d'un vivier de candidats potentiels aux concours de médecin et d'infirmiers scolaires

INTRODUCTION

Le 21 octobre 2010, le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale (CEC) a décidé d'inscrire à son programme de travail pour la session 2010-2011 « *l'évaluation de la médecine scolaire* ». Ce choix prolongeait de premiers travaux réalisés par l'un de vos rapporteurs, dans le cadre de l'avis qu'il a co-rapporté, au nom de la commission des Affaires culturelles et de l'éducation, sur les crédits de la mission Enseignement scolaire du projet de loi de finances pour 2010 ⁽¹⁾.

Conformément à l'article 146-3 du Règlement, les deux commissions permanentes principalement compétentes – commission des Affaires culturelles et de l'éducation pour les aspects éducation nationale et commission des Affaires sociales pour les aspects santé – ont désigné cinq membres ⁽²⁾ pour participer aux travaux à mener. Parmi ces cinq membres, le 7 avril 2011, le Comité a désigné deux rapporteurs, représentant pour l'un la majorité et pour l'autre l'opposition, membre chacun de l'une des deux commissions permanentes concernées.

*

Sur ce sujet, le Comité a, dès l'origine, souhaité, pour la première fois, bénéficier de l'assistance de la Cour des comptes, telle que mentionnée par l'article 47-2 de la Constitution dans sa version révisée le 23 juillet 2008, qui dispose que « *la Cour des comptes [...] assiste le Parlement [...] dans l'évaluation des politiques publiques* ».

Cette assistance a pris la forme prévue par l'article 3 de la loi du 3 février 2011 tendant à renforcer les moyens du Parlement en matière de contrôle de l'action du Gouvernement et d'évaluation des politiques publiques, dont M. Bernard Accoyer, Président de l'Assemblée nationale, président de droit du Comité, avait pris l'initiative.

(1) Avis (n° 2859) présenté au nom de la commission des Affaires culturelles et de l'éducation sur le projet de loi de finances pour 2011 (n° 2824) – Tome IV enseignement scolaire, par MM. Marc Bernier et Gérard Gaudron.

(2) Pour la commission des Affaires culturelles et de l'éducation : MM. Gérard Gaudron (UMP) et Marc Bernier (UMP), Mme Colette Langlade (SRC) ; pour la commission des Affaires sociales : Mmes Edwige Antier (UMP) et Martine Pinville (SRC).

Cet article, codifié à l'article L. 132-5 du code des juridictions financières, dispose que :

« Au titre de l'assistance au Parlement dans le domaine de l'évaluation des politiques publiques prévue par l'article 47-2 de la Constitution, la Cour des comptes peut être saisie d'une demande d'évaluation d'une politique publique par le président de l'Assemblée nationale [...] sur proposition [...] de toute instance permanente créée au sein d'une des deux assemblées parlementaires pour procéder à l'évaluation de politiques publiques dont le champ dépasse le domaine de compétence d'une seule commission permanente [...] », ce qui est le cas du Comité.

S'agissant du contenu de cette assistance constitutionnelle, le même article précise que *« l'assistance de la Cour des comptes prend la forme d'un rapport. Ce rapport est communiqué à l'autorité qui est à l'origine de la demande, dans un délai qu'elle détermine après consultation du Premier président de la Cour des comptes et qui ne peut excéder douze mois à compter de la saisine de la Cour des comptes. [...] l'instance permanente à l'origine de la demande d'assistance de la Cour des comptes statue sur la publication du rapport qui lui a été transmis ».*

Le Président du Comité a transmis cette demande au Premier président de la Cour des comptes le 9 décembre 2010, et la Cour des comptes a remis officiellement son rapport, intitulé *Contribution à l'évaluation de la médecine scolaire*, par un courrier daté du 26 septembre 2011.

Ce rapport a été présenté par le Premier président de la Cour des comptes, M. Didier Migaud, et par le président de la troisième chambre de la Cour des comptes, M. Jean Picq, lors d'une audition publique le 6 octobre 2011. Le compte rendu de cette audition figure en annexe au présent rapport.

La contribution de la Cour des comptes s'agissant de l'évaluation de la médecine scolaire ne s'est d'ailleurs pas arrêtée à ce premier rapport, puisque, en octobre 2011, elle a également remis à la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, une communication sur la prévention sanitaire ⁽¹⁾, sujet plus large mais incluant naturellement la thématique de la santé des enfants. Cette communication répond, en application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, à une demande de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), et appuie les travaux en cours de la MECSS portant sur la prévention en santé.

*

Les rapporteurs ont souhaité mener une démarche d'évaluation la plus large et la plus rigoureuse possible.

Au-delà de la collaboration avec la troisième chambre de la Cour des comptes, dont ils remercient le président d'avoir bien voulu les informer à

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

intervalles réguliers de l'avancement de ses travaux, les rapporteurs ont souhaité procéder par auditions, de façon à entendre tous les points de vue utiles. Ils ont ainsi réalisé 21 auditions de représentants de l'administration de l'éducation nationale, centrale ou déconcentrée, d'administrations nationales ou régionales chargées de la santé, de médecins et d'infirmières scolaires, de représentants syndicaux de ces derniers, de membres de corps de contrôle ayant participé à des travaux liés au sujet considéré, ainsi que de spécialistes de la santé de l'enfant, et de statisticiens de la santé.

Ils ont souhaité, par ailleurs, procéder à des visites de terrain, dans trois académies géographiquement réparties sur le territoire métropolitain, choisies en concertation avec la Cour des comptes, et en considération de différents critères : taux d'encadrement faible à Lille, articulation avec un service municipal à Lyon et Villeurbanne, plus forte présence d'enfants d'origine étrangère à Montpellier.

Les rapporteurs ont, enfin, procédé par questionnaires écrits, en particulier auprès de plusieurs services municipaux de santé scolaire ⁽¹⁾, interrogés en juillet 2011, et qui ont tous accepté de répondre. Cet aspect de leurs travaux a permis de compléter ceux de la Cour des comptes, dont la compétence ne s'étend pas directement, en l'état des textes, aux collectivités territoriales.

Les rapporteurs remercient l'ensemble de ceux qui ont bien voulu participer à leurs travaux sur ce sujet au confluent de trois thématiques que vos rapporteurs jugent essentielles pour l'avenir de notre société : l'enfance, la santé et l'école.

*

Le présent rapport s'attache en premier lieu à présenter les différentes missions confiées, par strates additionnelles successives, à la médecine scolaire (I).

Il procède ensuite à une analyse des principaux problèmes soulevés par la mise en œuvre de ces missions diverses (II), avant de proposer des orientations pour l'avenir (III).

(1) *Antibes-Juan-les-Pins, Bordeaux, Cannes, Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon, Nantes, Nice, Paris, Strasbourg, Vénissieux, Villeurbanne.*

PRÉAMBULE : LA MÉDECINE SCOLAIRE, L'EXPRESSION D'UNE SPÉCIFICITÉ FRANÇAISE

A. UNE IDÉE RÉPUBLICAINE

L'étude historique autant que la comparaison avec les autres pays montre que la médecine scolaire est une idée républicaine. Comme le rappelle la Cour des comptes en introduction de son rapport, la médecine scolaire est une idée généreuse qui, faute de moyens, a tardé à se mettre en place.

En effet, si la médecine scolaire répond à une préoccupation républicaine ancienne, ce n'est que sous la pression de la situation sanitaire de l'après-guerre que l'ordonnance du 18 octobre 1945 fonde un véritable service public de santé scolaire sous la responsabilité de l'État.

Dès la période révolutionnaire, la Convention, par la voix d'hommes illustres tels que Lakanal et Sieyès, se préoccupait pourtant de la santé des élèves. Toutefois, le *projet de décret pour l'établissement de l'instruction nationale* défendu par Lakanal au nom du Comité d'instruction publique de la Convention le 26 juin 1793 est repoussé par cette assemblée le 3 juillet de la même année.

Sous la Troisième République, la loi du 30 octobre 1886 organisant l'enseignement primaire, dite loi Goblet, confie aux médecins inspecteurs communaux ou départementaux la mission de visiter les écoles primaires.

Ces choix apparaissent en cohérence avec l'attribution de compétences sanitaires aux maires dans le cadre de leur pouvoir de police, qui incluent la propreté et la salubrité dès la loi dite municipale du 14 décembre 1789 (article 50), et qui seront consacrées par la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique. Cette dernière confie aux maires de vastes compétences en matière de santé publique et dote les maires, pour son application, de bureaux d'hygiène municipaux, l'autorité préfectorale n'intervenant qu'en cas de défaut.

Cependant, dès 1893, commentant la création d'un service d'hygiène scolaire par la ville de Paris et rapportant l'existence d'une note du ministère de l'instruction publique selon laquelle « *de nombreux cas de myopie se développaient dans les écoles, par suite de la défectuosité des tables et des sièges et de la distribution vicieuse de la lumière du jour* », le D^r Ernest Monin, secrétaire général de la société française d'hygiène, demande : « *Qui, plus que la République, peut par une application large et libérale de la loi, concilier les données de la science avec les nécessités administratives ?* » ⁽¹⁾.

(1) Les propos du docteur : médecine sociale, hygiène générale à l'usage des gens du monde, D^r Ernest Monin, Paris, 1893, p. 139.

En 1928, Édouard Herriot, ministre de l'Instruction publique, dépose un projet de loi destiné à rendre obligatoire un contrôle médical pour tous les élèves et les personnels au moyen d'un service spécifique et en 1930 des crédits sont ouverts à cet effet au sein d'un ministère nouvellement créé, celui de la Santé publique.

Cette initiative s'inscrit dans un contexte marqué par la progression des idées de la médecine préventive, et notamment celle d'une inspection médicale tendant à protéger les ouvriers sur leur lieu de travail, qui naît après la loi du 9 avril 1898 sur l'indemnisation des accidents du travail et se développe avec la création de diplômes spécialisés en médecine du travail dans les années trente et la création en 1937 d'un corps de médecins conseils de l'inspection du travail.

Dans le champ de la santé scolaire, l'enjeu sanitaire était la généralisation des services de santé mis en œuvre par les collectivités territoriales. Si « *des services d'inspection médicale ont fonctionné d'abord dans quelques départements, puis dans la quasi-totalité d'entre eux ainsi que dans des grandes villes où l'inspection se faisait dans un cadre municipal, [...] les résultats obtenus ont été très variables du fait de la diversité des organisations, de l'absence de méthodes uniformes, notamment en matière de personnel médical* »⁽¹⁾. C'est dans cette perspective que le 10 mars 1938 est fondée l'Association nationale de médecine scolaire et d'hygiène pédagogique, composée principalement de médecins inspecteurs des écoles de la Seine, avec comme objectif de généraliser dans les régions françaises les principes de l'inspection médicale scolaire.

Cependant, dans l'immédiat après-guerre, « *les effets des privations sur la santé des enfants ainsi que l'extension de la tuberculose* »⁽²⁾ rendent plus pressant l'impératif d'unifier des activités d'inspection médicale et conduisent le législateur à insérer le contrôle médical scolaire dans un ensemble cohérent de mesures prises pour protéger la population, par l'ordonnance n° 45-2407 du 18 octobre 1945. Cette ordonnance confie à des services d'hygiène scolaire et universitaires le soin d'organiser une visite médicale obligatoire pour tous les enfants de 6 ans, qui soit prolongée par une surveillance sanitaire et des examens périodiques. Les collectivités territoriales demeurent associées à cette organisation au travers de l'obligation qui est faite aux communes de plus de 5 000 habitants de mettre à disposition des centres médico-sociaux scolaires pour la réalisation des visites médicales.

B. LE CHOIX D'UN DISPOSITIF INTÉGRÉ AUX STRUCTURES SCOLAIRES

Comme le souligne le rapport remis par la Cour des comptes, 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 les autres pays.

(1) Ordonnance n° 45-2407 du 18 octobre 1945, exposé des motifs.

(2) *Idem.*

Si, lors de leur création en 1945, les services d'hygiène scolaires et universitaires furent rattachés dans un premier temps au ministère de l'Éducation nationale, on peut penser que c'est l'analogie avec les services de médecine du travail, également rattachés à leur ministère « technique », le ministère du Travail, qui a prévalu lors de cette décision.

En 1964, une critique de la performance et du cloisonnement de l'administration sanitaire et sociale entraîne une réorganisation territoriale des services sanitaires et sociaux de l'État au sein de nouvelles directions départementales de l'action sanitaire et sociale, regroupant les services sanitaires et sociaux et le service de santé scolaire ⁽¹⁾. Un nouveau corps de médecins fonctionnaires est créé par un décret du 30 juillet 1964 au sein du ministère de la Santé publique et de la population, par regroupement du corps des médecins inspecteur de la santé avec les médecins intervenant en milieu scolaire ⁽²⁾. Pour les infirmières le transfert fut, semble-t-il, plus complexe puisque seules les infirmières attachées à un secteur rejoignirent le ministère de la Santé publique tandis que celles qui étaient attachées à un établissement demeuraient au ministère de l'Éducation nationale ⁽³⁾.

Cette organisation à visée sanitaire perdura jusqu'en 1984, période à laquelle un renversement de perspective dans les conceptions de la santé publique conduisit à attribuer au ministre de l'Éducation nationale « *les attributions précédemment dévolues au ministre chargé de la santé et relatives à la promotion de la santé des enfants et des adolescents en milieu scolaire* », par le décret n° 84-1194 du 21 décembre 1984. L'article 2 du même décret organise le transfert concomitant des services de santé scolaire, désormais placés sous l'autorité du ministre de l'Éducation nationale.

C'est, en l'espèce, l'évolution générale des doctrines sanitaires, mettant alors l'accent sur l'idée de promotion de la santé, qui présida à la décision des pouvoirs publics de transfert des attributions relatives à la santé scolaire. Lors de son audition par la mission parlementaire, le P^r Maurice Tubiana, membre de l'Académie de médecine, a souligné l'importance du changement de la perception de la santé et de ses représentations pour la définition du champ de la médecine préventive et en particulier de la prévention en direction des enfants et des adolescents : la santé n'est plus considérée comme une absence de maladie mais comme une ressource pour la vie, selon la définition donnée par la charte constitutive de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dès 1946.

Cette définition a pour conséquence une évolution du concept de prévention, devenue « prévention et promotion de la santé ». Selon l'OMS, la

(1) 100 ans d'une histoire des médecins inspecteurs de santé publique, Jacques Raimondeau et Pierre-Henri Bréchat, revue *Actualité et dossier en santé publique* n° 41, décembre 2002.

(2) En l'état des informations disponibles, on ignore si les médecins de santé scolaire étaient intégrés dans un corps de la fonction publique avant cette date ou s'ils étaient employés avec le statut de contractuel de la fonction publique.

(3) D'après les informations communiquées par le Syndicat national des infirmières conseillères de santé (SNICS-FSU), le corps d'infirmières de l'éducation nationale fut ainsi créé par décret du 10 août 1965.

promotion de la santé constitue un « *processus qui consiste à habilitier les personnes à accroître leur contrôle sur leur santé et à améliorer celle-ci* »⁽¹⁾ : la promotion de la santé consiste à encourager les particuliers et les collectivités à faire des choix de modes de vie sains, tandis que la définition de la prévention, entendue au sens strict, serait de prévenir les maladies. Une telle définition apparaît particulièrement pertinente pour les actions en faveur de la santé des jeunes, ainsi que l'a rappelé le P^f Maurice Tubiana, membre de l'académie de médecine, devant la mission parlementaire, compte tenu de l'importance pour leur santé des comportements à risques et des consommations addictives.

Il est à noter que si le rattachement du service de santé au ministère de l'Éducation nationale s'inscrit dans une logique de changement de paradigme sanitaire, la présence, deux années avant le décret de décembre 1984, dans le projet de loi dit de décentralisation⁽²⁾, d'un article envisageant de décentraliser vers les départements les services de santé scolaire et des assistantes sociales, témoigne de la persistance d'opinions divergentes sur ce sujet.

De plus, le rattachement des personnels des services de santé scolaires au sein des services de l'éducation nationale fut réalisé dans des conditions qui obèrent le fonctionnement à venir des services de santé scolaires. La mise en œuvre des dispositions statutaires du décret du 21 décembre 1984 s'est étalée en fait sur six ans. Si, dès le 13 mai 1985, les infirmières dites « de secteur » rejoignaient un corps d'infirmières de l'éducation nationale existant⁽³⁾, le rattachement des médecins supposait soit une évolution interministérielle du corps des médecins de santé publique dont ils relevaient, soit la création d'un corps spécifique au sein du ministère de l'Éducation nationale.

C'est tout d'abord vers la voie interministérielle que semble s'être dirigé le pouvoir réglementaire en élaborant en 1985 un projet de décret, communiqué à la mission parlementaire par le syndicat national des médecins scolaires et universitaires (SNMSU). Ce texte qui avait recueilli l'assentiment de quatre syndicats professionnels⁽⁴⁾, prévoyait la création d'un seul corps de médecins de la fonction publique, composé de quatre branches parmi lesquelles prenaient place des « *médecins de l'enfance et de l'adolescence* ». Toutefois, les obstacles administratifs à la constitution de ce corps n'ont pu être résolus, et une fois édictée la circulaire du 4 juillet 1991 du ministre de l'Éducation nationale organisant le service de promotion de la santé en faveur des élèves, la décision fut prise de créer un corps de médecins de l'éducation nationale, par le décret du 27 novembre 1991

(1) Rapport n° 174, sur le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé (2001-2002) de MM. Francis Giraud, Gérard Dériot et Jean-Louis Lorrain, sénateurs, fait au nom de la commission des Affaires sociales du Sénat, déposé le 16 janvier 2002.

(2) Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État.

(3) Décret n° 85-516 du 13 mai 1985 portant intégration des infirmiers et infirmières et des assistants et assistantes de service de santé scolaire dans les corps correspondants relevant du ministère de l'éducation nationale.

(4) L'Association des médecins inspecteurs de la santé (AMIS), le Syndicat des médecins de santé publique (CGC), le Syndicat national des médecins inspecteurs du travail et de la main d'œuvre et le Syndicat nationale des médecins scolaires et universitaires.

cosigné par le ministre de l'Éducation nationale et par celui de la santé. Cette décision fut complétée au ministère de l'Éducation nationale par le rattachement des médecins scolaires contractuels par le décret n° 91-1250 du 12 décembre 1991.

Né d'un accouchement difficile, dans un contexte de conflit professionnel latent sur les modalités d'organisation d'un service commun ⁽¹⁾, le service de promotion de la santé en faveur des élèves (SPSFE) était en réalité composé de deux entités fonctionnant de manière indépendante, un service médical et un service infirmier, dont les compétences propres respectives n'étaient pas définies précisément, et « *dont la collaboration éventuelle, verticale ou horizontale [n'était] liée qu'à la volonté des personnes* » ⁽²⁾.

Ces conditions de fonctionnement ont conduit le ministère de l'Éducation nationale à édicter dix ans plus tard, le 12 janvier 2001, de nouvelles instructions, privilégiant la notion de « *mission de promotion de la santé* » pour caractériser la structure administrative communes aux deux catégories de personnels de santé et détaillant dans trois circulaires successives l'ensemble des missions confiées aux organes de pilotage nationaux et déconcentrés (circulaire n° 2001-012) ainsi qu'à chacun des deux corps de fonctionnaires (circulaire n° 2001-013 et 2001-014). Ces trois circulaires constituent aujourd'hui encore les textes réglementaires de référence pour l'énoncé des missions de la médecine scolaire, la référence à l'existence d'un service de santé scolaire ne subsistant qu'au sein du code de la santé publique, dans l'intitulé du chapitre consacré à la santé des élèves.

(1) *Se référant à un témoignage anonymisé d'un membre d'un syndicat infirmier, François Lainé décrit in ces termes le conflit lancinant opposant les deux catégories de professionnels de santé : « Les infirmières d'établissements, qui agissaient avec une certaine autonomie depuis 1964, ont en réalité vu d'un très mauvais œil le retour d'un corps composé de médecins attachés à leurs prérogatives hiérarchiques et d'infirmières de secteurs "vassalisées" par ceux-là, qui en auraient fait "leurs bonnes à tout faire, des assistantes pour apporter le café". Cette remise en cause imaginée de l'indépendance d'action de fait des infirmières est à l'origine du rejet manifesté par elles de la circulaire de 1991, "qui ne définissait pas assez précisément les missions des deux corps" ». Norlevo, retour sur les dessous d'une décision, François Lainé, Revue ProChoix n° 16, novembre-décembre 2000, <http://www.prochoix.org/pdf/norlevo16.pdf>.*

(2) *Idem.*

PREMIÈRE PARTIE – UNE MÉDECINE SCOLAIRE À LA CROISÉE DE POLITIQUES PUBLIQUES PLURIELLES

Le principal constat mis en avant par la Cour des comptes dans le rapport qu'elle a remis le 6 octobre 2011 au Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale est celui d'une multiplicité d'objectifs assignés à la médecine scolaire, dont le nombre « *a atteint une dimension qui défie toute capacité de mise en œuvre au niveau individuel* »⁽¹⁾.

Un tel constat ne peut laisser le législateur indifférent, dans la mesure où, si les préoccupations qui ont motivé son intervention dans le champ de la santé en milieu scolaire sont anciennes, les politiques publiques qui reçoivent le soutien de la médecine scolaire ont toutes connu des renforcements au cours des dix dernières années, souvent de nature législative : qu'il s'agisse de la politique de santé publique (par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique), de la protection de l'enfance (par la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance), de la lutte contre le handicap (par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées) ou de la politique éducative (par la loi n° 2005-380 du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école).

Il convenait donc d'examiner plus précisément les différentes missions assignées à la médecine scolaire, pour répondre notamment aux questions suivantes : au sein de quelles politiques publiques ces missions s'inscrivent-elles ? Quelle est précisément la place de la médecine scolaire dans ces différentes politiques ? Quels décideurs, du pouvoir législatif ou de l'autorité ayant en charge la gestion de la médecine scolaire, en sont à l'origine ?

Une première analyse des textes – éclairée par le témoignage des personnels et des responsables de la médecine scolaire – montre qu'en effet, à côté d'une mission de prévention en matière de santé publique, que l'on peut qualifier de mission première de la médecine scolaire, les personnels de santé scolaires apportent une contribution souvent irremplaçable à des politiques publiques plurielles : la lutte contre le handicap, la protection de l'enfance en danger, la prévention des grossesses non désirées ainsi que différents volets de la politique éducative.

I. LA MÉDECINE SCOLAIRE, ACTEUR DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE EN FAVEUR DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

En tant qu'institution publique, l'école est un relais des politiques de santé décidées par l'État. Ce rôle de santé publique, présent dès l'origine de la médecine scolaire dans la lutte contre les maladies contagieuses et en particulier la

(1) Rapport de la Cour des comptes, p. 160.

tuberculose, a été récemment mis en exergue lors du plan de lutte contre la pandémie grippale qui a mobilisé amplement les médecins scolaires.

A. LE SUIVI DE LA SANTÉ DES ENFANTS SCOLARISÉS

1. L'examen de santé lors de la sixième année

La réalisation d'examens de santé, et plus particulièrement celui prévu au cours de la sixième année des enfants, peut être qualifiée de mission historique de la médecine scolaire, puisqu'elle figure à l'article premier de l'ordonnance n° 45-2407 du 18 octobre 1945 qui constitue le texte fondateur de la médecine scolaire en France. Cet article prescrit qu'« *au cours de leur sixième année, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale. Cette visite, à laquelle les parents ou les tuteurs sont tenus, sur convocation administrative de présenter les enfants, ne donne pas lieu à contribution pécuniaire de la part des familles* ».

La réglementation a précisé le sens donné à la visite médicale prévue.

Le décret n° 46-2698, pris le 26 novembre 1946 en application de l'ordonnance du 18 octobre 1945, introduit ainsi les termes de « *visite médicale d'incorporation* », qui ne sont pas sans évoquer la visite médicale effectuée pour les jeunes gens à l'occasion de l'incorporation dans l'armée française pour le service national obligatoire. Parce qu'elles se présentent comme un rendez-vous médical qui concerne l'ensemble d'une classe d'âge, ces visites médicales offrent en effet toutes les deux des perspectives importantes en matière de santé publique grâce aux dépistages réalisés à cette occasion.

Par ailleurs, en conditionnant la scolarisation des enfants à la délivrance d'un certificat médical d'aptitude, le décret du 26 novembre 1946 a aussi fait de la visite médicale prévue par l'ordonnance de 1945 précitée une visite d'aptitude à la vie scolaire⁽¹⁾. L'examen médical à l'âge de 6 ans s'est ainsi trouvé associé à l'idée d'une visite médicale d'admission à l'école élémentaire, à l'instar de la visite médicale d'embauche dans le cadre de la médecine du travail.

Cette liaison, qui justifiait le positionnement de l'examen de santé à l'âge charnière du passage de l'école maternelle à l'école élémentaire, subsiste dans d'autres pays européens, ainsi que la Cour des comptes l'a relevé dans son enquête, notant que, par exemple en Allemagne, chaque enfant doit être soumis, avant son entrée à l'école, à un « *check-up médical complet* » réalisé par le médecin scolaire, « *condition sine qua non à son entrée dans l'école* »⁽²⁾.

(1) *L'article 1 du décret dispose que : « à partir du 1^{er} octobre 1947, nul enfant ayant atteint l'âge de l'obligation scolaire ne sera admis dans un établissement d'enseignement ou d'éducation public ou privé s'il n'est vacciné conformément aux termes en vigueur et porteur d'un certificat médical d'aptitude délivré sans frais par un médecin scolaire agréé ».*

(2) *Rapport de la Cour des comptes, p. 29.*

Ce lien a cependant été défait, consécutivement à la loi du 11 février 2005 sur le handicap, par le décret n° 2009-553 du 15 mai 2009 qui a supprimé le certificat demandé pour l'admission en école élémentaire. Seule la production d'un certificat médical attestant que l'enfant a bénéficié des vaccinations obligatoires décrites aux articles L. 3111-2 et L. 311-3 du code de santé publique reste nécessaire au moment de l'inscription à l'école ⁽¹⁾.

Parallèlement, les progrès de la santé publique ont permis de préciser la finalité de la visite médicale prescrite, remplaçant la notion d'« inspection » initiale par celle de dépistage.

Du point de vue de la santé publique, le bilan de santé prescrit par la loi est considéré comme un acte de prévention secondaire, par référence à la classification de l'OMS qui distingue trois niveaux de prévention :

– la prévention primaire, qui consiste en l'édition de mesures générales orientées vers la population dans son ensemble et destinées à empêcher la survenance de certaines maladies (par exemple des mesures d'hygiène ou la vaccination) ;

– la prévention secondaire, qui vise à dépister les maladies avant qu'apparaissent les signes cliniques. Il ne s'agit plus d'empêcher la survenance de maladies, mais de permettre une prise en charge précoce pour endiguer ou limiter leur développement ;

– la prévention tertiaire consiste à soigner des problèmes de santé déjà bien identifiés pour éviter des conséquences sur l'état de santé général des personnes malades.

La prévention secondaire dans le cadre de laquelle se situe le bilan de santé de l'élève intègre la notion de dépistage, entrée dans la loi en 2002, et, en aval, la notion de recours aux soins qui constitue le but ultime de ce type de prévention. Si le dépistage n'est pas un diagnostic médical en lui-même, il vise à dégager des signes suffisamment précis de nature à motiver une consultation médicale spécialisée destinée à confirmer ou à infirmer la présence d'un problème de santé.

La nouvelle rédaction de l'article L. 541-1 du code de l'éducation, issue de loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002, affirme ainsi le recours aux soins comme le corollaire de la démarche de dépistage engagée en précisant que « *les médecins de l'éducation nationale travaillent en lien avec l'équipe éducative et les professionnels de santé afin que, pour chaque enfant, une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés* ». En orientant vers le médecin traitant ou des services médicaux spécialisés, le médecin assure la continuité entre la prévention mise en œuvre en milieu scolaire et le système de prévention et de soins.

(1) À défaut, cette vaccination doit être réalisée par le service de santé scolaire dans un délai de trois mois.

Enfin, la rédaction de l'article L. 541-1 issue de la loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance introduit une notion de « bilan de santé » ouvrant la voie à une répartition des tâches entre les actes infirmiers et médicaux dans l'organisation des tâches de dépistage ⁽¹⁾.

2. Le bilan de santé à 9, 12 et 15 ans.

La réalisation d'examens médicaux périodiques fut intégrée dès 1945 aux missions de la médecine scolaire par l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 45-2407 du 18 octobre 1945 qui prévoit que des examens médicaux périodiques soient « effectués tout au long de la scolarité ».

Le ministre de l'Éducation nationale a délimité plus précisément les objectifs fixés dans ce domaine aux médecins scolaires, dans la circulaire du 12 janvier 2001 relative aux missions de ces derniers. Cette circulaire identifie deux objectifs :

– réaliser un bilan de santé des élèves du cycle 3 (classes de CE2, CM1 et CM2) dans les établissements des zones d'éducation prioritaire ;

– réaliser un bilan de santé des élèves en classe de troisième des collèges.

Le dispositif fut considérablement renforcé en 2006 lors de l'examen parlementaire du projet de loi relatif à la protection de l'enfance, sur la double initiative du Sénat et de l'Assemblée nationale.

À l'occasion de la présentation du projet de texte devant le Sénat, M. André Lardeux, rapporteur du projet de loi, a présenté un amendement, adopté en séance, visant à approfondir la politique de prévention en faveur des enfants grâce à l'instauration d'un second examen obligatoire à l'entrée au collège, considérant que « *le passage en sixième, qui marque également l'entrée dans l'adolescence, est un moment clé pour faire le point sur la situation de l'enfant* ». Cette proposition faisait suite au rapport du P^F Danièle Sommelet ⁽²⁾, sur la politique de santé à l'égard des enfants et des adolescents, qui déplorait en octobre 2006 l'absence de suivi sanitaire régulier en milieu scolaire. Afin d'orienter le bilan

(1) La circulaire n° 2001-014 du ministre de l'Éducation nationale, du 12 janvier 2001, relative aux missions des personnels infirmiers de l'éducation nationale précise le contenu du dépistage infirmier prévu à l'occasion de ce bilan :

« 3.1.3 Contribuer, par un dépistage infirmier, à la visite médicale obligatoire entre 5 et 6 ans :

La réalisation de ce bilan s'effectue dans le cadre d'un travail en équipe entre infirmier(ère)s, médecins, enseignants et psychologues scolaires, dans l'intérêt de l'élève.

L'infirmier(ère) peut participer, en fonction de son rôle propre, à la détection précoce des difficultés d'apprentissage de l'élève. Dans ce cas, l'accent doit être mis sur la petite enfance et le début de la scolarité primaire afin d'aider les élèves les plus fragiles.

À l'occasion de ce dépistage, il (elle) effectue : l'entretien avec l'élève, les examens biométriques, le dépistage des troubles sensoriels et la vérification des vaccinations. »

(2) Auditionnée le 17 mai 2011 par la mission parlementaire, le P^F Danièle Sommelet regrettait en ces termes dans son rapport l'absence de suivi sanitaire régulier en milieu scolaire : « Pourquoi l'enfant de 6 à 12 ans, puis l'adolescent ne font-ils pas l'objet d'une surveillance régulière et pourquoi la proposition d'un entretien de santé à 12 et 13 ans est-elle envisagée en ville et pas aussi en milieu scolaire ? » L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé, Danièle Sommelet, 28 octobre 2006, page 34.

réalisé vers les souffrances psychiques des enfants, la rédaction de l'amendement précisait que le bilan réalisé concernait la santé physique et psychique.

Lors de l'examen en première lecture du projet de loi devant l'Assemblée nationale, la rapporteure du projet de loi, Mme Valérie Pécresse, a présenté devant la commission des Affaires sociales, familiales et culturelles, un dispositif plus ambitieux, organisant le suivi sanitaire des enfants et des adolescents en milieu scolaire sur la base de bilans de santé réguliers réalisés tous les 3 ans, aux âges de 6, 9, 12 et 15 ans. La rapporteure soulignait dans le rapport ⁽¹⁾ déposé au nom de la commission « *le problème majeur de l'accompagnement financier et humain des mesures* », regrettant la « *sous-évaluation des moyens humains nécessaires à une véritable politique de prévention sanitaire* », en particulier en médecine scolaire. La rapporteure insistait ainsi sur l'intérêt d'un plan de rénovation de la médecine scolaire « *afin de redéfinir ses missions dans l'objectif spécifique d'amélioration du suivi de la santé des élèves ayant fait l'objet d'un repérage* ».

Se félicitant du consensus politique réuni autour de son amendement, la rapporteure répondait par avance dans son rapport aux doutes exprimés en séance par les orateurs de l'opposition sur la faisabilité du dispositif, en précisant que ce dispositif de prévention « *inédit par son ampleur nécessiterait un effort sans précédent* » et que s'appuyant sur le plan de recrutement d'une infirmière par établissement du second degré mis en œuvre dans le cadre de la loi du 23 avril 2005, la nouvelle loi préciserait que la surveillance sanitaire est exercée dans les établissements du second degré avec le concours de l'infirmière qui leur est affectée.

B. LA LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ

En 1982, une circulaire du ministre de la Santé aux directions départementales de l'action sanitaire et sociale, dite de Bagnolet, relative aux orientations et au fonctionnement du service de santé scolaire, a posé les prémices de la réduction des inégalités de santé ⁽²⁾. Elle prévoyait en particulier :

– des actions de la politique de réduction des inégalités entreprise par le ministère de l'Éducation nationale, de portée générale, et notamment la réalisation à 100 % des trois bilans de santé à 5 et 6 ans, 10 et 11 ans et entre 13 et 16 ans, des actions d'éducation à la santé, le suivi de l'hygiène de l'environnement scolaire ;

– des actions sélectives pour résorber les inégalités et notamment des programmes prioritaires, planifiés, décentralisés au niveau de la région ou du département, s'appuyant sur les données épidémiologiques existantes, harmonisées et donnant lieu à une évaluation.

(1) Rapport n° 3184 déposé le 5 juillet 2006 au nom de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi réformant la protection de l'enfance, par Mme Valérie Pécresse.

(2) Circulaire n°10/82/S82/256/EN du 15 juin 1982 relative aux orientations et au fonctionnement du service de santé scolaire, http://pmb.ofdt.fr/pmb_documents/LEGI/1064.pdf

L'objectif de lutte contre les inégalités de santé s'est trouvé pleinement consacré par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui dispose que « *l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé* » (article L. 1411-11 du code de la santé publique).

Au sein du système scolaire, la lutte contre les inégalités de santé est tout d'abord fondée sur le premier article du code de l'éducation (article L. 111-1), qui proclame dans son premier alinéa que le service public de l'éducation contribue à l'égalité des chances.

La circulaire du ministre de l'Éducation nationale en date du 12 janvier 2001 décrivant les orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves inscrit le suivi des élèves des zones rurales et des zones prioritaires parmi les objectifs spécifiques visant certaines catégories d'élèves. Cet objectif est décliné dans les circulaires en date du même jour relatives aux missions des personnels de santé de l'éducation nationale, qui fait du suivi sanitaire des élèves des établissements de certaines zones une mission spécifique de ces personnels, décrite en ces termes : « *L'éloignement, l'isolement, les réseaux et les zones d'éducation prioritaire, les établissements où la violence reste un phénomène préoccupant, imposent à l'ensemble des services ministériels concernés une mobilisation cohérente et renforcée, ciblée en priorité sur les sites les plus exposés ; [les médecins et les infirmiers(ières)] doivent être particulièrement vigilants afin que tous les élèves qui en ont besoin puissent accéder aux soins et bénéficier d'un suivi.* » ⁽¹⁾

C. LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES

La protection des élèves à l'intérieur des établissements de l'éducation nationale implique que des dispositions soient prises à l'égard des élèves et des membres du personnel atteints de maladies contagieuses. À l'origine de l'ordonnance fondatrice du 18 octobre 1945 (dont les motifs visaient la lutte contre la tuberculose), la lutte contre les maladies transmissibles demeure une des missions premières de la médecine scolaire, comme l'a montré la mobilisation des personnels de santé scolaire lors de la campagne de vaccination d'urgence contre la grippe A (H1N1).

Les dispositions réglementaires prises par le ministre de l'Éducation nationale pointent la responsabilité première du chef d'établissement chargé de prendre les mesures à caractère prophylactique, individuelles et collectives, nécessaires, sur le conseil du médecin scolaire qui en détermine le contenu.

Dans le cas de maladies transmissibles, l'information joue un rôle capital et le médecin scolaire a une place centrale pour délivrer ces informations. La

(1) *Circulaire n° 2001-013 du 12 janvier 2001, « 3.2.2 Suivre les élèves des établissements de certaines zones (rurales, d'éducation prioritaire, établissements sensibles et établissements du plan de prévention de la violence) ».*

circulaire n° 2001-013 du 12 janvier 2001 précise qu'il doit être informé des cas de toxi-infections alimentaires, de méningite bactérienne, de tuberculose, ou de toute autre infection collective. Le médecin scolaire s'assure alors que la déclaration en a été effectuée auprès des instances sanitaires et il informe le médecin responsable départemental auprès de l'inspecteur d'académie ainsi que le médecin de prévention des personnels du rectorat. Cette mission permet de garantir la sécurité des élèves mais également de participer à la surveillance épidémiologique des maladies transmissibles.

Le médecin conseille le chef d'établissement sur la nature des mesures d'hygiène préconisées pour la collectivité. Seules, les infections à méningocoque justifient une intervention immédiate du médecin de l'éducation nationale, pour la mise en place de mesures de prophylaxie en milieu scolaire. Dans le cas de mesures individuelles d'éviction, le médecin détermine la durée pendant laquelle l'élève ne peut fréquenter le milieu scolaire ⁽¹⁾.

La surveillance des vaccinations constitue le second axe de la lutte contre les maladies transmissibles. Le contrôle des vaccinations est réalisé avec l'aide du carnet de santé lors de l'entrée à l'école élémentaire, à l'occasion d'un bilan de santé ou dans le cadre des mesures sanitaires prises par les inspections académiques pour lutter contre les épidémies saisonnières (cas récent des épidémies de rougeole de 2009). Lorsque le médecin scolaire ou l'infirmier(ière) détecte à cette occasion un défaut de couverture vaccinale de l'élève, il le signale par un avis à la famille afin de lui demander de porter remède à ce défaut. Si ce défaut concerne une vaccination obligatoire, il peut, en cas de carence de l'autorité parentale, en informer le chef d'établissement afin que celui-ci puisse prendre des mesures prophylactiques adaptées.

D. LA VEILLE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

L'épidémiologie est l'étude des facteurs influant la santé et le développement des maladies. Science descriptive, elle repose sur l'emploi des techniques statistiques pour évaluer l'importance des déterminants de santé ou des facteurs de risques. Les informations qu'elle apporte sont indispensables à la construction et aux progrès de la médecine préventive.

La réalisation d'études épidémiologiques est une mission traditionnelle de la médecine scolaire, qui se retrouve dans tous les pays dès lors que celle-ci s'inscrit dans un dispositif public. La position institutionnelle de la médecine scolaire au sein d'une population soumise à l'obligation scolaire constitue en effet une situation privilégiée pour réaliser des études épidémiologiques atteignant un degré de représentativité très élevé, tant d'un point de vue transversal (études sur

(1) Dans le cadre des indications mentionnées par l'arrêté du 3 mai 1989 relatif aux durées et conditions d'éviction, mesures de prophylaxie à prendre à l'égard des élèves et du personnel dans les établissements d'enseignement et d'éducation publics et privés en cas de maladies contagieuses.

une classe d'âge) que longitudinal (études de cohorte suivant l'évolution de la santé dans le temps de plusieurs sujets).

La circulaire ministérielle n° 2001-012 du 12 janvier 2001 relative à l'architecture générale de la promotion de la santé au ministère de l'Éducation nationale confie aux personnels de santé une mission d'observation et de surveillance épidémiologique, et rappelle le caractère obligatoire que revêt l'exploitation des données recueillies par les médecins dans une perspective épidémiologique.

Au niveau national, les enquêtes épidémiologiques réalisées en milieu scolaire sont commandées et réalisées sous la conduite de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère du Travail, de l'emploi et de la santé, qui assure, outre les opérations d'apurement et de redressement, l'exploitation des bases et la publication des principaux résultats.

Les enquêtes réalisées reposent sur la mobilisation de personnels de médecine scolaire, médecins et infirmiers volontaires, qui réalisent à cette fin des bilans de santé sur une population d'élèves choisie par échantillonnage :

– en grande section de maternelle, les médecins de l'éducation nationale renseignent l'enquête à l'occasion du bilan de santé obligatoire avant l'entrée à l'école élémentaire, pour un échantillon d'environ 30 000 enfants ;

– à l'école élémentaire, en classe de CM2, et au collège, en classe de troisième, un examen de santé spécifique est organisé, par les médecins ou les personnels infirmiers, sur un échantillon d'élèves de taille plus faible, qui avoisine 10 000 élèves.

E. UNE PRÉSENCE MÉDICALE DANS L'ÉCOLE

Outre la réalisation des bilans de santé prescrits par la loi, les personnels médicaux ont l'occasion de recevoir les élèves pour des motifs en relation avec leur santé et d'organiser leur suivi médical au sein de l'institution scolaire.

Les personnels infirmiers ont, conformément aux instructions de la circulaire ministérielle n° 2001-14 du 12 janvier 2001, la mission de recevoir les adolescents qui se présentent à l'infirmerie : *« L'infirmier(ère) accueille tout élève qui le (la) sollicite pour quelque motif que ce soit, y compris d'ordre relationnel ou psychologique, dès lors qu'il y a une incidence sur sa santé ou sa scolarité. Après un entretien personnalisé, moment privilégié qui permet de nouer une relation de confiance au cours de laquelle l'élève peut exprimer une demande, un malaise, une souffrance en toute confidentialité, il (elle) évalue la situation, pose un diagnostic infirmier dans le cadre de son rôle propre, met en place la démarche de soins adéquate et si l'urgence le justifie, oriente vers la structure la plus adaptée. »*

Cette mission constitue une priorité professionnelle aux yeux des représentants syndicaux des personnels infirmiers, auditionnés le 20 octobre 2011,

qui évoquent le nombre important de passages dans les infirmeries scolaires : plus de 15 millions sont enregistrés chaque année dans le logiciel spécialisé SAGESSE qui équipe toutes les infirmeries. Les personnels infirmiers rencontrés par la mission parlementaire ont souvent souligné le nombre, parmi les personnes accueillies, de situations de souffrance le plus souvent psychologique qui impliquaient de leur part une écoute attentive. À cet égard, ils souhaitent, à juste titre, que les données statistiques issues des bilans annuels qu'ils produisent soient davantage exploitées par les services centraux du ministère de l'Éducation nationale afin de mieux rendre compte de cette mission d'écoute qu'ils assurent au service des élèves.

Pour leur part, les médecins de l'éducation nationale doivent recevoir les élèves à leur demande ou sur le signalement des enseignants pour un examen approprié. Dans ce cadre, la mission assignée au médecin est « *d'assurer le suivi et l'accompagnement de l'élève, de l'orienter si nécessaire vers les structures de soins appropriées, et d'effectuer la liaison entre l'école, le service de soins et la famille* »⁽¹⁾.

II. LA PARTICIPATION DE LA MÉDECINE SCOLAIRE AUX POLITIQUES PUBLIQUES CONNEXES MENÉES EN MILIEU SCOLAIRE

Dans le prolongement d'une vision globale de la santé des individus promue par l'Organisation mondiale de la santé, la médecine scolaire est amenée à participer à des politiques de prévention voulues par le législateur et qui comportent des actions en milieu scolaire.

La prévention en milieu scolaire est une notion qui englobe tout autant la prévention sanitaire que la prévention des maltraitements et des situations à risque ou la prévention des grossesses non désirées.

A. LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE HANDICAP

Le souci du législateur de favoriser la scolarisation des enfants et adolescents handicapés s'est manifesté dès 1975.

La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 consacre en effet son chapitre 1^{er} aux enfants et aux adolescents. Disposant que les enfants et adolescents sont soumis à une « *obligation éducative* », cette loi prévoit que cette obligation est satisfaite par une éducation ordinaire, ou « *à défaut, une éducation spéciale* ». Dans ce dernier cas, une commission administrative, la Commission d'éducation spéciale, doit décider des mesures d'aménagement nécessaires et désigner l'établissement scolaire ou d'éducation spéciale dans lequel l'enfant ou l'adolescent peut être accueilli.

(1) *Circulaire n° 2001-013* « 3.2.1 Suivre les élèves signalés par les membres de l'équipe éducative, les infirmier(ère)s, les assistant(e)s de service social, les parents ou les élèves eux-mêmes ».

Constatant que les freins à l'intégration scolaire n'avaient pas été levés et que l'obligation éducative était encore trop fréquemment non effective⁽¹⁾, le législateur a révisé le principe d'obligation éducative pour en faire une obligation d'intégration scolaire en milieu ordinaire, par la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Les modalités de mise en œuvre de ces dispositions sont confiées à une commission, la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDA), placée sous l'égide de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) groupement d'intérêt public dont le conseil général assure la tutelle administrative et financière. Les CDA ont la charge de proposer à chaque enfant ou adolescent handicapé, à partir d'une évaluation des compétences et de ses besoins réalisée par une équipe pluridisciplinaire, un parcours de formation « *qui fait l'objet d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) assorti des ajustements nécessaires en favorisant, chaque fois que possible, la formation en milieu scolaire ordinaire* »⁽²⁾.

L'article 2 du décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005, relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap, précise que le PPS définit les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves. Le ministère de l'Éducation nationale indique ainsi sur son site internet que « *le PPS définit les modalités de déroulement de la scolarité en précisant :*

– *la qualité et la nature des accompagnements nécessaires, notamment thérapeutiques ou rééducatifs ;*

– *le recours à un auxiliaire de vie scolaire ;*

– *le recours à un matériel pédagogique adapté ;*

– *les aménagements pédagogiques. »*

Des « *équipes de suivi de la scolarisation* » sont prévues par l'article 19 de la loi du 11 février 2005 pour assurer le suivi des décisions de la Commission des droits et de l'autonomie relatives aux PPS. Ces équipes comprennent « *l'ensemble des personnes qui concourent à la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation et en particulier le ou les enseignants qui ont en charge l'enfant ou l'adolescent* ».

La coordination autour du PPS d'un élève handicapé de l'ensemble de ces intervenants est confié à un enseignant spécialisé, *l'enseignant référent*, qui est chargé

(1) Le rapport de M. Paul Blanc, sénateur, rapporteur de la commission des Affaires sociales, sur le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, en date du 11 février 2004, indique que 135 000 enfants ou adolescents handicapés relevaient de l'éducation spéciale en 2000, alors que simultanément 28 000 enfants handicapés seulement étaient scolarisés en classe ordinaire.

(2) Article 19 de la loi du 11 février 2005.

d'assurer la continuité et la cohérence de la mise en œuvre du PPS ⁽¹⁾. À cette fin, il est chargé de réunir l'équipe de suivi de scolarisation en tant que de besoin. Les enseignants référents exercent leurs missions sur des secteurs géographiques définis par l'inspecteur d'académie, comprenant des écoles et des établissements du second degré, et sont affectés à une école ou un établissement de ce secteur.

Ainsi, si l'instruction des projets personnalisés de scolarité prend formellement sa place au sein de la Maison départementale des personnes handicapées, sous la responsabilité de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, les personnels de l'éducation nationale se trouvent dans les faits étroitement associés à l'élaboration du dossier de PPS avant sa présentation devant la CDA, puis à la mise en œuvre du PPS une fois celui-ci validé par la CDA.

En aval de la décision d'attribution du PPS et en absence de saisine de la MDPH par les parents d'un élève, c'est le chef d'établissement, avec l'appui de la communauté éducative, de l'enseignant référent de secteur et du médecin scolaire, qui peut alerter les parents sur les difficultés de scolarisation d'un élève et suggérer l'instruction d'un dossier auprès de la MDPH ⁽²⁾. Lors de la phase de préparation du PPS par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, les personnels de santé scolaire sont à nouveau consultés sur la nature des difficultés de scolarisation rencontrées et les mesures de compensation nécessaires.

Le médecin scolaire de l'établissement où l'élève est inscrit se trouve en particulier interrogé, au titre de son expertise médicale, pour donner son évaluation du handicap dans le cadre scolaire. Cette expertise est d'autant plus importante que la nouvelle définition du handicap donnée par la loi du 11 février 2005 ⁽³⁾ facilite la prise en compte des handicaps d'origine psychique dont l'impact en milieu scolaire ne peut être évalué que par un expert médical ayant la connaissance de ce milieu. L'intervention du médecin scolaire dans la procédure de reconnaissance du handicap ne se substitue pas à celle du médecin traitant suivant l'élève ; leurs deux expertises se complètent au sein d'un dossier médical se composant matériellement de plusieurs volets ⁽⁴⁾.

Dans certains départements, les inspecteurs d'académie ont souhaité poursuivre la participation que les médecins scolaires assuraient au sein de l'ancienne commission d'éducation spéciale et les ont désignés comme représentants des services de l'État au sein des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, pour faciliter l'instruction des dossiers des enfants et adolescents handicapés. Cette politique académique est justifiée par

(1) Article 9 du décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005 relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap.

(2) Selon la procédure prévue par l'article D. 351-8 du code de l'éducation.

(3) L'article 2 de la loi du 11 février 2005 déclare que « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

(4) Le médecin scolaire peut également être amené à apporter son concours à l'équipe de suivi de la scolarisation (article D. 351-11 du code de l'éducation).

le souhait de garantir l'expertise de la médecine scolaire sur l'ensemble des dossiers d'élèves présentés et donc de favoriser un meilleur choix des mesures d'intégration décidées par la commission.

Sous ces différentes modalités, la participation du médecin scolaire à la politique de lutte contre le handicap s'inscrit dans le cadre de la mission essentielle qui lui est confiée à l'égard des élèves handicapés, par des textes plus anciens, notamment par la circulaire n° 2001-013 relative aux missions des médecins scolaires, laquelle précise :

« Le médecin participe au projet d'intégration conduit avec l'ensemble de l'équipe éducative, en liaison avec les partenaires extérieurs. Il lui appartient d'établir les dossiers médicaux et de participer aux commissions de l'éducation spéciale dont il peut être membre titulaire ou suppléant, nommé par le préfet. Il y apporte sa connaissance des besoins de l'enfant ou de l'adolescent handicapé et sa connaissance du système éducatif. Dans les projets d'intégration, il contribue à définir, à partir des déficiences et incapacités existantes, les besoins particuliers de l'élève, les conditions de réalisation de l'intégration et les aménagements à mettre en place au sein de l'école ou de l'établissement ⁽¹⁾ ».

Pour sa part, en application des textes datant également de 2001, l'infirmière scolaire participe également à l'intégration scolaire des personnes handicapées, notamment « *par la mise en œuvre des soins, des aides techniques et des aménagements nécessaires* ⁽²⁾ ».

B. LA PROTECTION DE L'ENFANCE EN DANGER

La protection de l'enfance en danger est une politique ancienne qui prend sa source à la fin du XIX^e siècle avec la loi du 24 juillet 1889, qui, en créant la possibilité d'une déchéance judiciaire de la puissance paternelle, fonde la protection judiciaire de l'enfance face au pouvoir discrétionnaire du père. La loi du 19 avril 1898 sur la répression des violences, voie de faits et attentats commis contre les enfants prévoit de son côté, pour la première fois, des mesures autoritaires de placement.

En 1958 est opérée une distinction entre les mesures de protection administrative de l'enfance en danger, qui sont confiées au préfet, et la prise en charge judiciaire de l'enfance en danger, désignée sous les termes de mesures d'assistance éducative et confiée au juge des enfants. Les lois de décentralisation, qui ont organisé le transfert au département des attributions du préfet en matière de protection de l'enfance, ont modifié ce partage des tâches en attribuant également au département la mise en œuvre des mesures judiciaires. Enfin, la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance clarifie la distinction entre la

(1) *Circulaire n° 2001-013 du 12 janvier 2001 – paragraphe 3.2.6 Contribuer à l'intégration scolaire des enfants et adolescents atteints de handicap.*

(2) *Circulaire n° 2001-014 du 12 janvier 2001 – paragraphe 3.2.7 Contribuer à l'intégration scolaire des enfants et adolescents atteints de handicap.*

notion d'informations préoccupantes, devant être transmises à une cellule départementale créée à cet effet, et celle de signalement, réservée aux transmissions à l'autorité judiciaire.

Au terme de cette évolution, la protection de l'enfance, qui selon les termes de l'article L. 112-3 du code de l'action sociale et des familles « *a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs* », assure :

– la protection judiciaire, par le moyen des signalements transmis au parquet, des « enfants maltraités », c'est-à-dire victimes de violences physiques ou psychologiques, d'abus sexuels, de négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur leur développement physique et psychologique ;

– la protection administrative, par le moyen d'une procédure d'information préoccupante, des « enfants en risque », qui connaissent des conditions d'existence risquant de compromettre leur santé, leur sécurité, leur moralité, leur éducation ou leur entretien, sans pour autant être maltraités.

Lors de l'examen en 2007 du projet de loi réformant la protection de l'enfance, on estimait à 80 000 le nombre d'enfants en situation à risque et à 20 000 le nombre d'enfants maltraités signalés chaque année ⁽¹⁾.

L'exercice professionnel des médecins de l'éducation nationale les place, plus que tous autres, en situation de détecter les signes de mauvais traitement à l'occasion de l'examen clinique d'un enfant. Bien qu'il soit soumis au secret professionnel, le médecin est autorisé par l'article L. 226-14 du code pénal à porter à la connaissance du procureur de la République « *les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises* ». Lorsque la victime est mineure, son accord n'est pas nécessaire. L'article 44 du code de déontologie médicale fait de cette information un devoir professionnel ⁽²⁾.

À cette fin, l'article L. 542-2 du code de l'éducation précise que les examens réguliers tout au long de la scolarité mentionnés à l'article L. 541-1 du même code « *ont notamment pour objet de prévenir et de détecter les cas d'enfants maltraités* ».

(1) Rapport d'information n° 2822 sur la famille et les droits de l'enfant, sous la présidence de M. Patrick Bloche, présenté par Mme Valérie Pécresse le 25 janvier 2006.

(2) « *Lorsqu'un médecin discerne qu'un mineur de 15 ans est victime de sévices ou de privations, il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.* »

D'autre part, les médecins scolaires font partie des professionnels pour lesquels l'article L. 542-1 du code de l'éducation prévoit une formation spécifique à la protection de l'enfance en danger.

Enfin, l'article L. 542-3 du même code prévoit qu'au moins une séance annuelle d'information sur l'enfance maltraitée, notamment sur les violences intrafamiliales à caractère sexuel, est programmée dans les écoles, les collèges et les lycées.

Les circulaires ministérielles du 12 janvier 2011 relatives aux missions des personnels de santé de l'éducation nationale insistent sur la complémentarité du rôle de ces personnels dans la détection et le signalement des enfants en situation de danger. Dans le cadre d'un travail en réseau, fondé sur le signalement d'un enfant par les personnels de l'établissement, le médecin de l'éducation nationale est amené à faire une évaluation de la situation vécue par l'enfant. La circulaire n° 2001-013 du 12 janvier ajoute qu'« *il relève de [l]a compétence [du médecin scolaire] de délivrer un certificat médical décrivant avec objectivité les lésions organiques ou les troubles psychologiques induits par la maltraitance ; s'il constate que la santé ou le développement de l'enfant est compromis ou menacé, et sans préjuger des compétences et de la saisine des autorités judiciaires, il en rend compte sans délai aux services départementaux compétents et/ou au procureur, selon les modalités définies en liaison avec l'autorité judiciaire et les services de l'État dans le département* ».

La circulaire n° 2001-014 du même jour insiste sur les particularités de la mission de protection que les infirmier(ière)s de l'éducation nationale exercent au sein de l'institution à l'égard des élèves en situation de vulnérabilité. Dans le prolongement des obligations que leur imposent leurs règles professionnelles⁽¹⁾, ces personnels infirmiers contribuent au « *cadre de sécurité [que l'école apporte] face aux violences et aux carences de certains adultes qui les entourent* ». Dans ce but, l'infirmier(ère) « *doit aider les enseignants à repérer les élèves en situation de risque ou de danger, et mettre en œuvre toutes les mesures pour assurer la protection des élèves* ».

Les rapporteurs ont constaté que, dans certaines académies, comme celle de Montpellier par exemple, visitée par la mission parlementaire, les rectorats ont mis en place une cellule chargée de centraliser les fiches de signalement judiciaire ou d'informations préoccupantes envoyées par les établissements, et de les transmettre au procureur ou au service du Conseil général, pour améliorer le fonctionnement du dispositif.

(1) En vertu de l'article R. 4312-7 du code de la santé publique codifié par le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux règles professionnelles s'appliquant à la profession d'infirmiers ou d'infirmières : « *Lorsqu'un infirmier ou une infirmière discerne dans l'exercice de sa profession qu'un mineur est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger, en n'hésitant pas, si cela est nécessaire, à alerter les autorités médicales ou administratives compétentes lorsqu'il s'agit d'un mineur de quinze ans.* »

C. LA PRÉVENTION DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES

Le souhait de limiter le recours des personnes mineures à une interruption volontaire de grossesse a conduit les pouvoirs publics à développer une politique spécifique de prévention des grossesses non désirées.

Suite à l'annulation par le Conseil d'État le 30 juin 2000 des dispositions du protocole national du 6 janvier 2000 sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements d'enseignement public locaux, autorisant les infirmières scolaires à prescrire et à délivrer aux adolescentes, en cas d'urgence, le contraceptif dénommé Norlevo, une proposition de loi relative à la contraception d'urgence a été déposée par Mme Danielle Bousquet, députée, le 13 novembre 2000.

Mis sur le marché en avril 1999, le Norlevo est une pilule contraceptive qui empêche l'implantation de l'œuf fécondé dans l'utérus. Ce procédé ne doit pas être confondu avec les formules abortives dont l'action intervient une fois la nidification de l'œuf réalisée. Le contraceptif, actif au cours des soixante-douze heures suivant un rapport sexuel non protégé, est efficace à 99 % dans la prévention de la grossesse s'il est pris dans les vingt-quatre premières heures. L'efficacité est encore de 85-95 % après les soixante-douze heures puis décroît très rapidement. À la différence du second contraceptif d'urgence disponible à cette époque, le Tétragymon, le Norvelo ne présentait aucune contre-indication médicale.

En annulant la circulaire du ministre de l'Éducation nationale du 29 décembre 1999, la Haute juridiction avait estimé que le ministre avait méconnu les dispositions la loi dite Neuwirth du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances, qui imposaient que les contraceptifs hormonaux soient délivrés en pharmacie sur prescription médicale, alors même que l'Agence française sanitaire des produits de santé avait autorisé d'emblée la commercialisation du Norlevo sans ordonnance.

La proposition de loi précitée avait pour objet de compléter l'article L. 5134-1 du code de la santé publique disposant que les contraceptifs hormonaux ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale, en ajoutant un premier alinéa qui déroge à cette règle pour la « pilule du lendemain » dans le but de donner une base légale à la vente libre d'un contraceptif d'urgence.

Afin de lutter contre le nombre trop élevés de grossesses précoces, estimé à près de 10 000 par an, dont 6 700 donnaient lieu à une interruption volontaire de grossesse, la proposition de loi autorisait également les infirmières scolaires à délivrer aux mineures une contraception d'urgence. Au cours de la discussion parlementaire, plusieurs aménagements du texte ont été adoptés pour faire du dispositif législatif un dispositif d'urgence utilisé en dernier recours. Le texte du dernier alinéa de l'article 1^{er} de la loi du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence dispose ainsi que : « *Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmières peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret,*

dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Elles s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical. »

Ce dispositif d'intervention a été complété par des dispositions visant à organiser l'information et l'éducation à la sexualité des élèves, sous la forme de trois séances annuelles dispensées par groupes d'âge homogène, prévues par l'article 22 de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception qui insère une nouvelle section intitulée « L'éducation à la santé et à la sexualité » dans le code de l'éducation. Cet article 22 précise que l'organisation des séances peut associer les enseignants, les personnels de santé scolaires et des intervenants extérieurs.

Par ailleurs, la politique de prévention contre les grossesses non désirées a été récemment renforcée par le législateur, qui a autorisé, dans le cadre de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) ⁽¹⁾, les infirmiers à renouveler eux-mêmes, pour une durée maximale de six mois, les prescriptions de médicaments contraceptifs oraux datant de moins d'un an, à l'exception des produits figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Depuis la publication de l'arrêté du 24 mai 2010, cette possibilité est opérationnelle mais peu d'informations existent sur l'usage qui en est effectivement fait, y compris en milieu scolaire, où, de l'avis de certains commentateurs, la mesure trouverait un intérêt particulier.

III. LES MISSIONS DE LA MÉDECINE SCOLAIRE ATTRIBUÉES PAR LE MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

La contribution des personnels de santé aux missions éducatives de l'éducation nationale trouve un fondement législatif dans la loi n°89-486 du 10 juillet 1989 d'orientation sur l'éducation ⁽²⁾ qui dispose que les personnels de santé, en tant que membres de la communauté éducative, « *concourent directement aux missions du service public de l'éducation et contribuent à assurer le fonctionnement des établissements et des services de l'éducation nationale* », où ils assurent la protection sanitaire. L'article 49 de la loi du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école précise que ces personnels jouent un rôle éducatif « *en liaison avec les enseignants* », qui prend plusieurs formes complémentaires.

Cette participation des personnels de santé, au titre de leur expertise médicale, revêt deux aspects : d'une part des interventions s'inscrivant dans la politique éducative mise en œuvre par l'institution scolaire, d'autre part des interventions mobilisant leur expertise médicale dans un cadre plus ponctuel.

(1) Modifiant par son article 88 l'article L. 4311-1 du code de la santé publique.

(2) Modifiée par l'ordonnance 2000-6549 à l'article L. 913-1 du code de l'Éducation.

A. LA CONTRIBUTION DE LA MÉDECINE SCOLAIRE À LA POLITIQUE ÉDUCATIVE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

1. Participer à la mise en place des dispositifs adaptés pour la scolarisation des élèves à besoins spécifiques

Les Plans d'accueil individualisé (PAI) sont des protocoles de prise en charge en milieu scolaire des enfants souffrant de troubles de santé. Introduits par la circulaire ministérielle du 22 juillet 1993 ⁽¹⁾ relative à l'accueil individualisé des enfants malades, les PAI ainsi créés visaient à répondre à trois types de situations particulières d'accueil à l'école :

– d'enfants souffrant de troubles de santé nécessitant l'administration de médicaments pendant le temps scolaire (par exemple, pour le diabète) ou en urgence (crise d'asthme grave) ;

– d'enfants nécessitant un aménagement du milieu scolaire (par exemple, la restauration pour les enfants souffrant d'intolérance alimentaire) ;

– d'enfants nécessitant un aménagement du déroulement de la scolarité elle-même pour des raisons de santé.

La procédure d'accueil fixée par la circulaire ministérielle du 10 novembre 1999 indique que le projet d'accueil individualisé est établi, sous la responsabilité du chef d'établissement, à la demande des parents et à partir des besoins thérapeutiques précisés par l'ordonnance du médecin traitant. La circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003 précise que le protocole est rédigé par le médecin scolaire (pour les élèves de plus de 6 ans) ou le médecin de PMI (pour les enfants à la maternelle) sur la base des informations apportées par le médecin traitant. Le modèle fourni en annexe de cette circulaire prévoit une ratification du PAI par l'ensemble de ces intervenants ⁽²⁾.

La loi du 11 février 2005 relative à la lutte contre le handicap n'a pas modifié cette procédure, qui s'est trouvée confirmée par un des décrets d'application de la loi ⁽³⁾.

2. Appuyer la dynamique des établissements d'enseignement en matière d'éducation à la santé

L'éducation à la santé trouve sa place au sein des missions du service de santé scolaire en France dès l'instruction générale du 12 juin 1969 sur le

(1) *M. Pierre Taudou, médecin conseiller technique auprès du recteur de l'académie d'Aix-Marseille, a souligné auprès de la mission parlementaire le rôle déclencheur à ce sujet des questions posées par l'accueil à l'école des enfants porteurs du VIH, mentionnées par la circulaire ministérielle n° 92-194 du 29 juin 1992.*

(2) *[ftp://trf.education.gouv.fr/pub/edutel/bo/2003/34/projet.pdf](http://trf.education.gouv.fr/pub/edutel/bo/2003/34/projet.pdf)*

(3) *À l'article 6 du décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005.*

fonctionnement du service de santé, qui constitue, semble-t-il, la plus ancienne référence réglementaire de ces missions.

Toutefois, c'est avec la circulaire du 24 novembre 1998, intitulée *Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège*, que le souci d'organiser et de développer l'éducation à la santé s'intègre dans une approche théorique cohérente, mettant l'accent sur l'appropriation des connaissances, le développement de l'estime de soi, de l'autonomie et du sens de la responsabilité. Comme l'a souligné le P^f Maurice Tubiana, membre de l'Académie de médecine, devant la mission parlementaire, ces concepts se situent dans le droit prolongement de la définition globale de la santé adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans sa charte constitutive du 22 juillet 1946⁽¹⁾ et des concepts de promotion de la santé mis en avant par la charte adoptée à l'issue de la conférence d'Ottawa le 21 novembre 1986.

La Charte d'Ottawa définit la promotion de la santé comme un processus qui confère aux individus la capacité d'accéder à une meilleure maîtrise de leur propre santé et leur donne les moyens de l'améliorer. L'éducation à la santé, qui, selon la définition des spécialistes de santé publique, consiste à enseigner des comportements favorables à la santé, y est présentée comme une stratégie, parmi d'autres, de promotion de la santé.

La circulaire du 24 novembre 1998 entend consacrer le passage des approches hygiénistes anciennes, prescriptives et fondées sur l'édition d'interdits, à une approche plus centrée sur les élèves, plus sensible au dialogue et au développement personnel des élèves. Le P^f Maurice Tubiana a évoqué, lors de son audition, le renversement de perspective dans lequel s'inscrivait cette nouvelle approche : dans les années 1970, l'éducation à la santé reposait essentiellement sur des prescriptions hygiénistes, la lutte contre les maladies infectieuses et leur transmission, ainsi que les vaccinations. Depuis 1970, l'axe majeur de l'éducation à la santé est la lutte contre les comportements nocifs, en développant la peur des conséquences de l'alcool, du tabac, du cannabis et des relations sexuelles non protégées. Mais lorsque l'on fait un bilan de cette politique de prévention, on s'aperçoit, selon le P^f Maurice Tubiana, qu'elle a été un insuccès quasi total, du fait de sa logique prohibitionniste⁽²⁾. Il est essentiel, aux yeux du P^f Maurice Tubiana, de comprendre que l'éducation à la santé ne peut se limiter à transmettre un savoir et que l'enjeu réel de cette éducation est d'inculquer à l'enfant le désir d'agir, d'accepter les normes et de se les donner à lui-même.

La circulaire du 24 novembre 1998 réaffirme ainsi la place de l'éducation à la santé, non seulement dans les enseignements, mais aussi à travers l'ensemble des activités éducatives : *« À l'opposé d'un conditionnement, l'éducation à la santé vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même*

(1) « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité. »

(2) *Audition du 17 mai 2011.*

comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement... Ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations », elle a pour objectif le développement de compétences différenciées à chaque âge. « Composante d'une éducation globale, l'éducation à la santé ne constitue pas une nouvelle discipline : elle se développe à travers les enseignements et la vie scolaire. Tous les personnels membres de la communauté éducative y prennent part, individuellement et collectivement, chacun selon la spécificité de ses missions ».

S'agissant des personnels de santé – médecins, infirmier(e)s – et des personnels du service social, la circulaire souligne leur rôle essentiel en indiquant que *« leurs compétences particulières en font des acteurs privilégiés en matière d'éducation à la santé »*. Les circulaires ministérielles n^{os} 2001-013 et 2001-014 du 12 janvier 2001 relatives aux missions des médecins et infirmiers de l'éducation nationale, qui attribuent à ces personnels, la mission de *« développer une dynamique d'éducation à la santé »*, décrivent dans des termes identiques les modalités de cette contribution. Celle-ci réside dans :

– *« la participation à l'élaboration du projet santé de l'école ou de l'établissement » ;*

– *« la participation à la mise en place des rencontres éducatives pour la santé » ;*

– *« la coordination [que le professionnel de santé] est appelé à assurer avec les autres partenaires institutionnels et les intervenants extérieurs » ;*

– *« l'évaluation des actions de promotion et d'éducation à la santé ».*

Par ailleurs, la multiplicité des intervenants associés aux actions collectives d'éducation à la santé (enseignants, personnels de santé et opérateurs extérieurs) met en relief le rôle essentiel du pilotage confié au Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) au sein de l'architecture définie par la circulaire du 24 novembre 1998. Introduit dans les établissements d'enseignement du secondaire par voie de circulaire, en date du 1^{er} juillet 1998, dans le prolongement des comités d'environnement social créés en 1990, les CESC voient leur rôle d'organe de pilotage des projets d'établissement reconnu par le décret n^o 2005-1145 du 9 septembre 2005. Associant, sous la présidence du chef d'établissement, des représentants des personnels de l'éducation nationale (dont les personnels de santé, l'infirmière ou le médecin scolaire), des parents et des élèves, le CESC se voit confirmé, par l'article 20 du décret précité⁽¹⁾, dans ses quatre missions fondamentales :

– contribuer à l'éducation à la citoyenneté ;

– préparer le plan de prévention de la violence ;

(1) Intégré dans le code de l'éducation aux articles R. 421-46 à 48, par le décret n^o 2008-263.

– proposer des actions pour aider les parents en difficulté et lutter contre l'exclusion ;

– définir un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risques.

D'un point de vue quantitatif, la circulaire du 24 novembre 1998 fixait comme objectif aux établissements que les actions collectives d'éducation à la santé touchent l'ensemble des élèves du collège *« pour un horaire moyen indicatif de 30 à 40 heures au total pour les quatre années de collège »*.

Le dispositif général organisé par la circulaire de 1998 est complété par des dispositions visant certaines thématiques relevant du champ de l'éducation à la santé mais sur lesquels le législateur et le ministre de l'Éducation nationale ont souhaité mettre l'accent.

L'article 22 de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception prescrit qu'*« une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène »*, dans le prolongement de la circulaire dite Fontanet du 23 juillet 1973, qui distinguait l'information, à caractère scientifique et hygiénique, et l'éducation, comme éveil à la responsabilité, et celui de la circulaire du 19 novembre 1998 qui associait aux objectifs antérieurs la prévention du SIDA.

Ce dispositif de prévention par l'information a été renforcé dans le cadre de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui prescrit la délivrance de séances d'information dans les collèges et les lycées, données par groupe d'âge homogène, portant sur :

– *« les conséquences de la consommation d'alcool par les femmes enceintes sur le développement du fœtus, notamment les atteintes du système nerveux central »*, à raison d'au moins une séance annuelle ;

– *« les conséquences de la consommation de drogues sur la santé, notamment concernant les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis »*, à raison d'au moins une séance annuelle.

Une proposition de loi a été déposée le 24 octobre 2007 par l'un de vos rapporteurs ⁽¹⁾ pour renforcer ce dispositif de prévention par l'information en y ajoutant une séance d'information sur les troubles de l'audition, considérant que la fréquence et la précocité des atteintes de l'audition dont sont aujourd'hui victimes les jeunes ⁽²⁾ vient du fait de leur exposition à des niveaux sonores élevés.

(1) Proposition de loi n° 306 déposée le 6 novembre 2007 par M. Gérard Gaudron.

(2) Des études récentes ont mis en évidence l'existence d'un déficit auditif pathologique pour 10 % en moyenne de plusieurs milliers de lycéens examinés.

De plus, l'article 48 de la loi du 9 août 2004 prescrit qu'un cours d'apprentissage sur les premiers gestes de secours doit être dispensé dans les écoles.

Enfin, le ministre de l'Éducation nationale définit chaque année plusieurs thèmes devant être abordés de manière prioritaire en matière d'éducation à la santé dans le cadre de la circulaire dite de rentrée adressée aux établissements d'enseignement. Pour 2011, les thèmes prioritaires choisis par le ministre de l'Éducation nationale dans sa circulaire du 5 mai 2011 sont les suivants :

- l'hygiène de vie, l'éducation nutritionnelle et la promotion des activités physiques ;

- l'éducation à la sexualité, l'accès à la contraception, la prévention des IST et du sida ;

- la prévention des conduites addictives et la lutte contre les jeux dangereux ;

- la prévention du mal-être ;

- la formation aux premiers secours.

3. Contribuer à la formation des personnels de l'Éducation nationale en matière de santé

Les circulaires du 12 janvier 2011 relatives aux missions des médecins et des infirmier(ière)s de l'éducation nationale ouvrent la possibilité à ces professionnels de santé de participer à la formation initiale et continue de l'ensemble des personnels de l'éducation nationale dans le domaine sanitaire, plus particulièrement à un niveau organisationnel, où leurs connaissances spécifiques peuvent les conduire à valider ou à adapter le contenu des formations destinées aux personnels de l'éducation nationale, en fonction des objectifs propres à la santé scolaire.

B. LES AUTRES MISSIONS CONFIIÉES PAR L'ÉDUCATION NATIONALE

1. Intervenir en urgence lors d'événements graves

Les modalités d'organisation des soins et des urgences dans les établissements publics d'enseignement relèvent de la compétence et de la responsabilité du chef d'établissement en vertu de l'article R. 541-5 du code de l'éducation.

Le ministère de l'Éducation nationale a diffusé par voie de circulaire en date du 29 décembre 1999 un *protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements scolaires*, qui vise à préciser les modalités des premiers secours dans l'établissement. La circulaire indique qu'il revient au directeur d'école ou au chef d'établissement de mettre en place une

organisation qui réponde au mieux aux besoins des élèves et des personnels de son école ou de son établissement et qu'il s'appuie à cette fin sur l'avis technique des infirmières et des médecins de l'éducation nationale. Le protocole ajoute qu'en l'absence d'un personnel de santé, « *les soins et les urgences, à l'exception de la contraception d'urgence, sont assurés par les personnels titulaires, soit de l'attestation de formation aux premiers secours (AFPS), soit du certificat de sauvetage secourisme du travail (SST)* ». À défaut, le protocole fait état des modalités d'appel au Samu (15) par tout adulte de la communauté éducative face à une situation d'urgence.

Un lieu de soin est déterminé dans l'école et comporte une liste de produits et matériels nécessaires à assurer les soins. Son aménagement doit permettre le respect des règles élémentaires d'hygiène et de sécurité. Il doit en particulier comporter une armoire à pharmacie fermant à clé et accessible à tout adulte de l'école.

Cette organisation est inscrite au règlement intérieur et portée à la connaissance des élèves et des familles qui reçoivent une fiche d'urgence, non confidentielle, à renseigner chaque année.

Interrogée par vos rapporteurs sur ce sujet, la Direction générale de l'enseignement scolaire au ministère de l'Éducation nationale a déclaré qu'un nouveau protocole est en cours d'actualisation avec la Direction générale de la santé pour tenir compte des évolutions législatives et réglementaires dans ce domaine.

Les médecins et les infirmier(ière)s de l'éducation nationale assurent également, sur le fondement des circulaires ministérielles du 12 janvier 2001 des missions spécifiques en cas de survenance d'un événement grave dans l'établissement scolaire, tel que le décès d'un élève par exemple.

Les médecins de l'éducation nationale apportent un soutien psychologique et une assistance immédiate aux victimes ou témoins d'événements traumatisants survenus chez un élève ou un groupe d'élèves. Ils contribuent notamment aux cellules d'écoute et de crise mises en place sous l'autorité du chef d'établissement et apportent leurs conseils.

L'action des médecins de l'éducation nationale vise également les adultes encadrant les enfants témoins de l'événement afin de les guider dans la conduite à tenir face à des réactions imprévues. La circulaire n° 2001-013 indique que « *les médecins apportent aux adultes témoins de comportements particuliers d'élèves, ou dépositaires de révélations, leur compétence pour les aider à trouver une remédiation cohérente et appropriée.* »

La circulaire n° 2011-013 mentionne enfin la nécessité d'assurer un suivi des conséquences de l'événement, avec l'équipe éducative, au plan individuel et collectif.

Pour leur part, les infirmier(ière)s de l'éducation nationale ont pour mission d'assurer une assistance immédiate aux victimes ou témoins des événements traumatisants survenus et collaborent, sous la responsabilité du directeur d'école ou du chef d'établissement, à la mise en place de cellules d'écoute ou de crise.

Afin de décharger les médecins de secteur de cette mission nécessitant des compétences spécifiques, plusieurs inspections académiques, en particulier celle des Hauts-de-Seine et de Haute-Savoie, ont confié ces interventions à des « *cellules d'accompagnement et d'écoute* » constituées de plusieurs équipes pluridisciplinaires, chacune étant formée d'un médecin scolaire, d'un psychologue et d'un personnel enseignant.

L'institution des équipes d'intervention a amené ces inspections académiques à formaliser un protocole d'intervention précisant le rôle et les responsabilités du chef d'établissement et de l'équipe éducative locale lors de la venue de ces personnes extérieures à l'établissement. Une fois qu'elles ont été mises en place par l'inspecteur d'académie, ces équipes procèdent à l'évaluation de la situation et désignent en leur sein un coordinateur qui est l'interlocuteur du chef d'établissement. Elles organisent avec l'accord de celui-ci des groupes de parole avec l'équipe éducative et les élèves. Ces groupes de parole ont pour objet de permettre aux élèves de verbaliser l'événement, et au vu des réactions émotionnelles immédiates, de proposer éventuellement une écoute individuelle dans le cadre d'une prise en charge ultérieure par un professionnel de santé.

2. Certifier l'aptitude des élèves de l'enseignement technique à l'utilisation de machines professionnelles

La circulaire du 12 janvier 2001 relative aux missions des médecins scolaires confie à ces médecins la surveillance médicale particulière prévue par le code du travail pour les élèves des filières de formation technologiques ou professionnelles exposés à des risques spécifiques du fait de l'utilisation d'objets ou de machines professionnels.

L'article D. 4153-41 du code du travail conditionne en effet la formation des élèves préparant un diplôme de l'enseignement technologique ou professionnel à une surveillance médicale renforcée, dès lors qu'ils sont conduits à utiliser dans le cadre de leur formation des équipements de travail dont l'usage est habituellement proscrit pour les travailleurs de moins de 18 ans mais autorisé sur dérogation.

L'article D. 4153-43 du même code précise que cette dérogation est accordée par l'inspection du travail, « *après avis favorable du médecin du travail ou du médecin chargé de la surveillance des élèves* » et autorisation du professeur ou du moniteur d'atelier.

En vertu de cette réglementation, la circulaire du 12 janvier 2001 confie au médecin de l'éducation nationale la charge d'effectuer les examens médicaux et de délivrer des certificats d'aptitude au travail sur machines dangereuses pour les élèves de moins de dix-huit ans concernés. Elle indique que le médecin de l'éducation nationale est aussi amené à délivrer les certificats d'aptitude demandés pour les élèves appelés à faire des stages en entreprise.

IV. DES MISSIONS TROP NOMBREUSES ET TROP DISPARATES ?

Dans le prolongement des constats de la Cour des comptes, la mission parlementaire s'est interrogée sur le fait de savoir si le nombre des politiques publiques au titre desquelles les personnels de santé de l'éducation nationale sont aujourd'hui sollicités n'a pas conduit à définir des missions trop nombreuses et trop disparates.

Si d'un point de vue administratif, l'origine très diverse des décisions qui sont à la source des obligations professionnelles dévolues aux médecins et infirmières de l'éducation nationale forge l'idée d'une multiplication anarchique des tâches qui leur sont attribuées, les personnels concernés, pour leur part, mettent en avant les spécificités de l'exercice médical en milieu scolaire que ces missions, une fois rassemblées, conduisent à définir.

A. UN CADRE D'EMPLOI PEU RATIONNEL

Il faut tout d'abord remarquer que les missions confiées par le législateur à la médecine scolaire le sont souvent « *dans le silence du texte de loi* », ce explique en partie l'absence de visibilité dont font état les professionnels de santé scolaire quant à leurs tâches.

Cette particularité, présente dès l'ordonnance du 18 octobre 1945⁽¹⁾, se retrouve dans les récents textes de loi, en particulier la loi du 11 février 2005 relative à la lutte contre le handicap et, de manière plus surprenante, la loi du 5 mars 2007 qui prescrit la réalisation de nouveaux bilans de santé aux âges de 6, 9 et 12 ans.

Si l'on comprend bien que le Législateur a voulu ainsi laisser au Gouvernement le choix des moyens les plus appropriés pour atteindre les objectifs fixés par la loi, c'est non sans raisons que les médecins scolaires ont le sentiment que certaines tâches sont arrivées par défaut dans leur escarcelle, faute d'un dispositif sanitaire plus approprié.

Les syndicats de médecins scolaires soulignent ainsi à juste titre que la participation de la médecine scolaire au nouveau dispositif de scolarisation des enfants handicapés à l'école issu de la loi du 11 février 2005, ne prend appui sur

(1) Cette ordonnance institue une visite médicale obligatoire à l'âge de 6 ans sans préciser la qualité du professionnel de santé chargé de réaliser cette visite, confiant aux services d'hygiène scolaire et universitaire un rôle d'organisation des visites.

aucun texte, malgré la lourdeur de la charge que représente l’instruction de certains dossiers, hormis le paragraphe correspondant de la circulaire ministérielle n° 2001-013 du 12 janvier 2001 qui est bien antérieure à cette évolution législative.

Bien que cette circulaire n° 2001-013 relative aux missions des médecins de l’éducation nationale demeure, dix ans après sa publication, un document de référence définissant le cadre des emplois de médecins scolaires dans l’éducation nationale, il faut bien constater que les textes réglementaires édictés par le ministère de l’Éducation nationale semblent toujours vouloir laisser subsister une marge d’appréciation sur le contenu exact des tâches attribuées aux personnels de santé scolaire, au détriment d’une identification précise du rôle de ces derniers dans les procédures mises en place dans l’institution. Si cette marge d’appréciation est toujours utilisée de manière positive par les personnels de santé lorsqu’ils s’investissent sur le dossier d’un élève nécessitant une attention particulière, il apparaît que cette imprécision est un obstacle réel à l’élaboration d’une vision d’ensemble des missions de la médecine scolaire dans la perspective d’une rationalisation et d’une réorganisation de ces missions. Les statistiques produites par le ministère de l’Éducation nationale à partir des comptes rendus d’activité adressés par les rectorats montrent une forte variabilité géographique des indicateurs utilisés – dans la réalisation des bilans de santé à 6 ans, en matière de signalement d’enfants en danger ou de délivrance de la contraception d’urgence, par exemple – reflet de pratiques médicales différentes mais aussi de lectures divergentes des directives ministérielles.

B. UN EXERCICE MÉDICAL À PART ENTIÈRE

Il convient de souligner qu’aux yeux d’un certain nombre de médecins scolaires, et en particulier de leurs organisations syndicales représentatives⁽¹⁾, leurs missions, aussi diverses soient-elles, sont autant d’aspects d’un exercice médical particulier, caractérisé par la complémentarité de l’expertise médicale et de la connaissance du milieu scolaire dans lequel évolue l’enfant.

La médecine scolaire occupe effectivement une place singulière parmi les médecines de prévention, en raison des compétences médicales variées que cet exercice médical requiert et qui sont du ressort :

- de la médecine générale, pour la pratique des examens cliniques ;
- de la pédiatrie, pour ce qui concerne les connaissances sur le développement de l’enfant auxquelles l’interprétation des signes cliniques fait appel ;
- de la neuropédiatrie, pour la détection des troubles du langage et de l’apprentissage ;

(1) Auditionnées le 20 octobre 2011.

– de la médecine du travail, pour ce qui concerne la vérification de l’aptitude des élèves au travail sur des machines professionnelles.

Aussi vos rapporteurs estiment-ils que, comme le soulignent les organisations syndicales de médecins, la médecine scolaire continuera de pouvoir susciter des vocations parmi les jeunes médecins, grâce aux spécificités de l’exercice médical qui lui est attaché, dès lors que l’obstacle lié aux conditions de rémunération pourra être levé. À cet égard, il convient de remarquer que les jeunes médecins affichent une nette préférence pour un exercice de la médecine salarié, moins de 10 % d’entre eux optant pour un exercice libéral à l’issue de leurs études ⁽¹⁾ contre plus de 50 % pour l’ensemble des médecins ⁽²⁾.

C. UNE RATIONALISATION DES TÂCHES ATTRIBUÉES À LA MÉDECINE SCOLAIRE QUI DEMEURE POSSIBLE

Sans doute faut-il mettre sur le compte d’un intérêt professionnel souvent passionné, l’absence de propositions concertées émanant des personnels concernés lorsque la question de la rationalisation des tâches attribuées à la médecine scolaire est soulevée.

Sans être abandonnées, certaines tâches actuellement prises en charge à titre exclusif par les médecins de l’éducation nationale pourraient être déléguées à d’autres praticiens de la médecine ambulatoire, à l’image de ce qui est déjà pratiqué depuis 1992 pour les dispenses d’épreuve d’éducation physique et sportive. Dans ce cas particulier, un décret en date du 29 septembre 1962 confiait la responsabilité de certifier l’inaptitude d’un élève à passer une épreuve d’éducation physique et sportive aux « *médecins de la santé publique concourant à l’exercice des tâches médico-scolaires* ». Cette modalité a été abrogée par le décret n° 92-109 du 30 janvier 1992, qui autorise l’octroi de cette dispense sur simple certificat médical.

De même, les demandes d’aménagement des conditions d’examen nécessaires aux candidats handicapés sont-elles examinées par les médecins désignés à cet effet par la Commission des droits et de l’autonomie des personnes handicapées, en vertu de l’article 4 du décret n° 2005-1617 du 21 décembre 2005. Lorsqu’ils sont saisis, ces médecins communiquent des avis, dans lesquels ils proposent des aménagements, à l’autorité administrative compétente, qui décide des aménagements accordés et notifie sa décision au candidat.

Dans le même esprit, on peut observer que les fonctions s’apparentant à la médecine du travail que les médecins conseillers techniques placés auprès des recteurs exerçaient au titre de leur mission d’animation de la médecine de

(1) Atlas de la démographie médicale en France – situation au 1^{er} janvier 2011, *Conseil national de l’ordre des médecins*, p. 5.

(2) 91 924 médecins exercent une activité libérale de manière exclusive (soit 46,7 % des médecins ayant une activité professionnelle) et 22 911 médecins ont un exercice mixte (soit 11,5 % des médecins).

prévention des personnels ⁽¹⁾ à l'égard des personnels enseignants victimes de problèmes de santé, sont progressivement prises en charge par des médecins de prévention recrutés à cet effet par le ministère de l'Éducation nationale ⁽²⁾.

Encore faut-il que les médecins se substituant ainsi aux médecins scolaires dans l'exécution de certaines tâches, ne soient pas employés dans des conditions nettement plus avantageuses que ces derniers, comme c'est notamment le cas pour les médecins de travail recrutés par le ministère de l'Éducation nationale dans un statut de médecins contractuels basé sur le grille conventionnelle du Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME), laquelle sert de référence pour le recrutement des médecins du travail dans plusieurs ministères.

Nonobstant cette réserve, on peut considérer que chaque fois qu'un médecin scolaire est appelé à émettre un avis médical sur le dossier d'un élève dans le cadre d'une procédure administrative sans que cela puisse s'inscrire dans la perspective d'un suivi médical au sein de l'institution scolaire, la question de l'opportunité d'un recours à des avis médicaux extérieurs doit être étudiée.

Une telle approche conduirait non pas à remettre en cause les missions existantes mais à mieux circonscrire le périmètre de ces missions confiées à la médecine scolaire seule, afin d'en alléger la charge sur les personnels.

Cette première approche ne doit pas exclure cependant une démarche d'évaluation plus approfondie dans le champ des missions de prévention sanitaire en milieu scolaire, qui doit pouvoir être réaménagé en considérant le bénéfice sanitaire attendu pour chaque action.

(1) *Circulaire 2001-013 du 12 janvier 2001 relative aux missions des médecins de l'éducation nationale – Paragraphe 2.1 Missions et fonction des médecins conseillers techniques au niveau du rectorat : « le médecin conseiller technique, dans le champ de ses compétences, conduit l'animation de la médecine de prévention des personnels et de la médecine de promotion de la santé en faveur des élèves. »*

(2) *Dans le cadre du plan santé et bien-être au travail, le ministère de l'éducation nationale a annoncé le recrutement de 80 médecins de prévention pour améliorer la surveillance médicale des agents et proposer aux personnels les plus exposés de bénéficier d'une aide et d'une surveillance adaptée.*

DEUXIÈME PARTIE – LA DIFFICULTÉ DE LA MÉDECINE SCOLAIRE À ATTEINDRE LES OBJECTIFS QUI LUI SONT FIXÉS

L'évaluation de la médecine scolaire soulève un problème difficile, mais fréquent pour les personnels de l'État contribuant à plusieurs missions : comment évaluer l'action de personnels spécialisés dans leur contribution à la mise en œuvre des différentes politiques auxquels ils participent, autrement que par un bilan d'activité descriptif ?

Pour les personnels de médecine scolaire, le problème a surgi au moment de la mise en place en 2006 du pilotage budgétaire par la performance, introduit par la nouvelle loi organique relative aux lois de finances (LOLF) du 1^{er} août 2001, lorsqu'un indicateur d'activité – le taux de réalisation des bilans de santé à 6 ans – a été retenu comme le principal indicateur de performance du service de santé scolaire.

On ne peut que regretter sur le plan théorique les effets pervers d'une focalisation abusive sur un indicateur d'activité unique, qui rend au demeurant imparfaitement compte de l'ensemble des missions d'un service.

La mission parlementaire a pu aussi constater au cours de ses auditions et de ses rencontres sur le terrain, que si l'indicateur choisi dans le cadre de la LOLF était devenu, de l'aveu des acteurs eux-mêmes ⁽¹⁾, un élément central du pilotage national et rectoral de la médecine scolaire – ce qui sur le plan des principes budgétaires peut être considéré positivement –, il est devenu pour les personnels de santé scolaire le symbole de la non-reconnaissance par leur employeur de l'étendue de leurs activités et de la diversité de leurs missions, cristallisant les antagonismes sur une problématique importante certes, mais non unique, de la médecine scolaire. Aux yeux des rapporteurs, ce qui doit avant tout prévaloir c'est la mission de suivi sanitaire des élèves en milieu scolaire, les modalités de ce suivi étant une question seconde par rapport à cet objectif premier.

Au surplus, restreindre le champ du suivi des performances « budgétaires » à un seul indicateur d'activité peut être préjudiciable à terme aux capacités d'adaptation du service concerné, puisqu'il laisse dans l'ombre une dimension essentielle de l'évaluation des politiques publiques : la mesure de l'impact final des actions mises en œuvre, tant en termes sanitaires qu'au regard notamment des enjeux de la lutte contre le handicap et les grossesses non désirées, de la protection de l'enfance en danger et plus généralement de la politique éducative.

(1) Le directeur général de l'enseignement scolaire a déclaré à la Cour des comptes que l'indicateur du bilan de santé de la sixième année constitue un élément central pris en compte notamment dans le dialogue de gestion avec les académies (rapport de la Cour des comptes, p. 36).

Il convenait donc dans le cadre de la mission d'évaluation décidée par le Comité d'évaluation et de contrôle d'approfondir la question de l'évaluation de l'impact. Le Comité a sollicité à cette fin l'assistance de la Cour des comptes pour les aspects centraux relatifs à l'organisation de la médecine scolaire et de sa mission de prévention sanitaire. Pour les autres volets, la mission parlementaire a pu s'appuyer sur plusieurs rapports d'évaluation récents, d'origine parlementaire, ou établis sous la responsabilité de la Cour des comptes et des inspections générales des affaires sociales ou de l'éducation nationale. Il s'agit principalement :

– en ce qui concerne la protection de l'enfance, du rapport thématique de la Cour des comptes sur ce sujet rendu public en octobre 2009 ;

– en ce qui concerne la lutte contre le handicap, du rapport de M. Paul Blanc, sénateur, sur la scolarisation des enfants handicapés, remis en mai 2011 au Président de la République ;

– en ce qui concerne la lutte contre les grossesses non désirées, du rapport d'information de Mme Bérengère Poletti, députée, sur la contraception des mineures, en date du 17 mai 2011 ⁽¹⁾, ainsi que du rapport d'évaluation de cette même politique préparé par l'inspection générale des affaires sociales et rendu public en octobre 2009 ⁽²⁾ ;

– en ce qui concerne l'éducation à la santé, le rapport du P^f Maurice Tubiana sur l'éducation à la santé à l'école, adopté par l'Académie de médecine le 30 mars 2010, ainsi que le rapport d'évaluation plus ancien portant sur le même sujet, rendu conjointement par trois corps d'inspection générale en janvier 2004 ⁽³⁾ .

Ces contributions ont été complétées dans le domaine de la prévention sanitaire par l'audition d'un certain nombre de spécialistes de la santé des enfants et des adolescents, en particulier le P^f Maurice Tubiana, membre de l'Académie de médecine, le P^f Danièle Sommelet, Mme Anne-Marie Choquet, épidémiologiste, ainsi que, pour ce qui est des données épidémiologiques, Mme Anne-Marie Brocas, directrice de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques au ministère des affaires sociales.

(1) *Rapport d'information n° 3444 de Mme Bérengère Poletti, députée, sur la contraception des mineures, déposé le 17 mai 2011 au nom de la délégation des droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes de l'Assemblée nationale*

(2) *Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001, Mmes Claire Aubin, Danièle Jourdain-Menninger, inspection générale des affaires sociales, octobre 2009.*

(3) *Rapport de l'inspection générale de l'éducation nationale, de l'inspection de l'administration de l'éducation nationale et de l'inspection des affaires sociales, portant sur l'évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège, remis en janvier 2004 aux ministres de l'Éducation nationale, de la Santé et de l'enseignement scolaire. Mmes Annie Mamecier, Évelyne Ravary, Françoise Boutet-Waiss, MM. Joël Sallé, Pierre Naves et Mme Patricia Vienne.*

L'ensemble de ces travaux, et plus particulièrement les investigations réalisées par la Cour des comptes, font ressortir, de manière transversale aux politiques publiques considérées, la permanence des difficultés éprouvées par le ministère de l'Éducation nationale, dans le cadre du pilotage du dispositif de médecine scolaire, à parvenir à une articulation satisfaisante de ces politiques. En l'absence d'orientations claires, les structures académiques anciennes, fondées sur l'attribution d'un secteur géographique propre à chaque médecin scolaire, à l'intérieur duquel celui-ci doit assumer toutes les missions, perdurent, alors même que, comme le souligne le rapport remis par la Cour, un aussi grand nombre de missions ne peuvent manifestement pas être assumées par un interlocuteur unique, et laisse place à une simple gestion par degré d'urgence qui décourage les personnels.

I. L'ANALYSE DU FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF DE MÉDECINE SCOLAIRE A FAIT APPARAÎTRE DES DIFFICULTÉS STRUCTURELLES

A. UN PILOTAGE PEU AFFIRMÉ ET TENDANT À LA DILUTION DES ENJEUX SANITAIRES AU SEIN DE LA POLITIQUE ÉDUCATIVE CONDUITE PAR L'INSTITUTION

1. Reposant sur une définition ambiguë de la santé en milieu scolaire, la capacité d'entraînement de l'administration centrale du ministère de l'Éducation nationale est faible

a) Les incertitudes sur le contenu de la mission de promotion de la santé confiée au ministère de l'Éducation nationale

Si la notion de promotion de la santé a inspiré la décision de rattacher au ministère de l'Éducation nationale les attributions du service de santé scolaire, la France ne s'est en définitive pas véritablement ralliée à la doctrine sanitaire de l'OMS, qui distingue depuis la Charte d'Ottawa de 1986, la promotion de la santé, d'une part, confiée à la collectivité dans son ensemble, et la prévention à caractère plus médicalisé, d'autre part. Dans la perspective de la charte d'Ottawa, la promotion de la santé consisterait à encourager les particuliers et les collectivités à faire des choix de modes de vie sains, tandis que la prévention, entendue au sens strict, viserait plutôt à prévenir les maladies.

Les orientations finalement retenues officiellement par la France ont privilégié une approche mixte, avec une conception extensive de la prévention, incluant le champ reconnu par l'OMS à la promotion de la santé. Comme le soulignait en 2002 un rapport du Sénat relatif au projet de loi sur le droit des malades ⁽¹⁾, ce n'est qu'avec ce texte qu'une définition de la prévention est entrée dans le droit positif, par l'introduction de l'article L. 1417-1 du code de la santé

(1) Rapport n° 174 (2001-2002) de MM. Francis Giraud, Gérard Dériot et Jean-Louis Lorrain, députés, fait au nom de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, déposé le 16 janvier 2002.

publique indiquant que l'objet de la politique de prévention est « *d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie ou d'accident* ».

Mal acceptée par la doctrine sanitaire française, la mission de promotion de la santé confiée en 1984 au ministère de l'Éducation nationale a disparu des attributions reconnues à ce dernier ou à ses directions d'administration centrale et se trouve reléguée dans les documents budgétaires destinés au Parlement au rang d'un objectif définissant le rôle des personnels de santé scolaire du sein du ministère ⁽¹⁾.

Si, parmi les attributions de la direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO), figurent un grand nombre d'éléments nécessaires à la promotion de la santé, cette dernière ne compte pas au nombre des missions officiellement attribuées à la DGESCO par le décret n° 2006-572 du 17 mai 2006, lequel n'évoque que de manière plus large « *la politique en matière de vie scolaire, de prévention et d'action sanitaire et sociale en faveur des élèves* ».

La dilution de la mission de promotion de la santé est également sensible dans les compétences énumérées par le *socle commun des connaissances et compétences* ⁽²⁾ qui décrit les compétences qu'un élève doit maîtriser à l'issue de la scolarité obligatoire, en application de la loi du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école. Ces compétences sont regroupées en sept « piliers », par le décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006. Or une seule mention relative à la promotion de la santé peut être trouvée dans une ligne du pilier 6 du socle commun, intitulé « *Compétences sociales et civiques* ». Celle-ci vise de manière très allusive le fait d'« *être éduqué à la sexualité, à la santé et à la sécurité* », illustrant « *une conception [ancienne] basée sur les savoirs hygiénistes et de prévention* » ⁽³⁾.

Les conséquences d'un tel effacement de la mission de promotion de la santé ont été analysées par la mission des inspections générales de l'administration de trois ministères dans un rapport d'évaluation du dispositif d'éducation à la santé rendu en janvier 2004 : « *La mission constate donc une carence du pilotage national de la politique d'éducation à la santé caractérisée par la dilution du message ministériel, ainsi que par le manque d'outils et de moyens spécifiques permettant d'assurer la diffusion, le suivi et l'évaluation d'objectifs clairs. L'action de l'administration centrale produit peu d'effet d'entraînement ou de*

(1) À l'action n° 2 relative à la santé scolaire sont associés un objectif : « *promouvoir la santé des élèves* » et un seul indicateur : « *proportion d'élèves ayant bénéficié du bilan de santé dans leur sixième année* ».

(2) Introduit par l'article 9 de la loi du 23 avril 2005, le « socle commun de connaissances et de compétences » présente ce que tout élève doit savoir et maîtriser à la fin de la scolarité obligatoire. Son contenu défini par le décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006 décrit l'ensemble des connaissances, compétences, valeurs et attitudes nécessaires pour réussir sa scolarité, sa vie d'individu et de futur citoyen.

(3) Quand l'école parle de compétences en matière d'éducation à la santé, M. Jean-Louis Michard, inspecteur général de l'éducation nationale, *La santé de l'homme*, n° 407, mai-juin 2010.

mobilisation des acteurs. L'éducation à la santé apparaît encore comme une mission secondaire qui n'est pas prise en compte dans le pilotage global du système éducatif. »⁽¹⁾. La mission parlementaire, qui a auditionné un des auteurs de ce rapport, Mme Annie Mamecier, inspectrice générale de l'éducation nationale, s'est entendu confirmer par celle-ci la persistance du constat établi par la mission des trois inspections générales.

b) La politique de santé scolaire se trouve trop souvent réduite au rôle d'une simple politique d'appui aux objectifs de l'éducation nationale en termes de réussite scolaire

Comme le souligne la Cour des comptes, la santé scolaire apparaît souvent pensée par le ministère de l'Éducation nationale avec une forte dimension éducative et intégrative, au prix d'un affaiblissement de sa perspective sanitaire.

Lors de ses auditions ou ses déplacements, la mission parlementaire a pu ainsi noter les signes de la permanence au sein de l'institution d'une vision spécifique à l'éducation nationale considérant la santé scolaire comme une politique d'appui à la politique éducative du ministère. Si chacun s'accorde à reconnaître qu'une bonne santé est une condition nécessaire à la réussite scolaire, la tentation est de rechercher la cohérence des interventions des personnels de santé au sein de l'institution dans une réduction du champ de la santé scolaire autour des troubles de santé susceptibles d'entraver la réussite scolaire : les troubles sensoriels (audition, vision), les troubles du langage et de l'apprentissage, les handicaps et les troubles du comportement.

La circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001 relative aux orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves indique ainsi : « *si les responsabilités institutionnelles vis-à-vis de la santé des jeunes n'incombent pas à la seule éducation nationale, celle-ci est concernée par le suivi de la santé des élèves dès lors que des problèmes de santé ou des carences de soins sont susceptibles d'engendrer des difficultés d'apprentissage ou de mettre les élèves en situation d'échec scolaire* ». Cette vision de la santé scolaire réapparaît dans la présentation stratégique du projet annuel de performances 2011, au nom du responsable du programme 230 « Vie de l'élève », le directeur général de l'enseignement scolaire ⁽²⁾, qui décrit ainsi les objectifs de l'action santé scolaire : « *Le second objectif du programme « Vie de l'élève » est de promouvoir la santé des élèves. La détection des problèmes de santé, qui peuvent rendre difficiles les apprentissages et l'insertion scolaires, doit intervenir dès le début de la scolarité obligatoire. C'est pourquoi l'obligation que la loi fixe à l'école de réaliser un bilan de santé dans la sixième année de l'élève doit concerner en priorité tous*

(1) *Rapport de l'inspection générale de l'éducation nationale, de l'inspection de l'administration de l'éducation nationale et de l'inspection des affaires sociales, portant sur l'évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège, remis en janvier 2004 aux ministres de l'Éducation nationale, de la Santé et de l'Enseignement scolaire, page 12.*

(2) Actuellement M. Jean-Michel Blanquer, auditionné par la mission parlementaire le 10 mai 2011.

ceux des écoles du programme « écoles, collèges et lycées pour l'ambition, l'innovation et la réussite » (ECLAIR) dans cette tranche d'âge. »

Sans entrer directement en conflit avec les objectifs de la politique de santé en faveur des enfants et des adolescents, une telle vision laisse dans l'ombre plusieurs actions de santé publique conduites par les personnels de santé scolaire dès lors que celles-ci ne s'inscrivent pas dans le périmètre ainsi redéfini de la santé scolaire ⁽¹⁾. Le médecin conseiller technique d'un recteur a fait ainsi remarquer à la mission parlementaire qu'il était amené à démontrer, pour chaque demande présentée pour des actions de formation continue à destination des personnels de santé du rectorat, « *en quoi l'action de formation envisagée contribue à l'objectif général de réussite scolaire du rectorat* ». L'ancienne responsable d'un syndicat de médecins scolaires résume son sentiment au terme d'une longue carrière professionnelle au service de la santé scolaire en indiquant que, au sein de l'institution, le risque est de mettre l'accent sur le rôle de la santé sur le parcours de l'élève en refusant de considérer l'enfant dans sa globalité. Cette analyse est partagée, au ministère chargé de la santé, par sa Direction générale de la santé, dans les éléments qu'elle a communiqués à la Cour des comptes lorsque celle-ci l'a interrogée. La DGS a alors fait valoir qu'il importait à ses yeux de resituer les objectifs de la médecine scolaire « *dans une politique générale de santé publique, l'enfant – élève seulement une partie de son temps – étant considéré dans sa globalité* ».

Ceci n'est pas sans conséquence sur le pilotage de politique de santé scolaire assurée par le ministère. Faute d'un investissement suffisant sur les questions de santé publique, le ministère de l'Éducation nationale semble souvent avoir acté des décisions prises par les pouvoirs publics sans avoir été en mesure de faire valoir les contraintes de gestion que ces décisions impliquaient pour le service de santé scolaire dont il a la charge, ni de transcrire les ambitions affichées par la politique sanitaire en objectifs organisationnels permettant d'y répondre de manière cohérente.

De plus, faute d'une expertise médicale reconnue, qui a valeur de légitimité professionnelle aux yeux des professions de santé, l'appareil administratif du ministère de l'Éducation nationale ne s'est pas trouvé en situation de coordonner et de fédérer l'action des personnels de santé autour d'objectifs sanitaires clairement déterminés. L'exemple du bilan de santé de 6 ans est emblématique de ces difficultés à définir le contenu et la nature infirmière ou médicale des actes réalisés. La mission parlementaire a pu ainsi constater que faute d'instructions médicales claires, la participation des personnels à la réalisation de ces bilans de santé continuait à faire l'objet d'interprétations divergentes des textes existants.

(1) Notamment les actions de dépistage buccodentaire ou le suivi du poids des enfants.

2. Le pilotage rectoral n'est pas non plus, sauf exception volontariste, organisé pour promouvoir la santé

Au niveau académique, si le rapport de la Cour a pu constater la présence de volet « santé » au sein des projets académiques, l'absence de structures rectorales dédiées au pilotage des actions de santé scolaire a un retentissement sur le fonctionnement de l'ensemble des activités de santé scolaire.

L'organisation académique repose en effet sur l'animation d'un « réseau de pairs » (non hiérarchisé) sur le territoire de l'académie par une cellule de personnels de santé, ayant le statut réglementaire de conseillers du recteur, faisant appel en tant que de besoin aux crédits de fonctionnement globalisés dont dispose le rectorat.

Cette organisation résulte en partie d'une réglementation statutaire qui fixe précisément le cadre d'exercice des attributions du médecin conseiller technique du recteur : *« placée auprès du recteur d'académie, [il] conseille celui-ci sur toutes questions à caractère médical et sanitaire concernant les élèves et participe à la mise en œuvre des orientations nationales, à l'application de la politique sanitaire dans le ressort de l'académie ainsi qu'à la coordination et à l'évaluation des actions conduites dans le cadre des politiques sanitaires départementales »* ⁽¹⁾.

Les circulaires n° 2001-013 et 2001-014 du ministre de l'Éducation nationale, en date du 12 janvier 2001, affirmant la responsabilité du recteur dans la conduite de la politique de santé à l'école, confient dans des termes identiques aux médecins et aux infirmier(ère)s conseillers techniques du recteur la mission d'assister le recteur *« dans l'élaboration, l'impulsion, la coordination, et l'évaluation de la politique académique en matière de santé. »*

Les textes réglementaires font donc reposer la politique académique en matière de santé scolaire sur une organisation rectorale très concentrée autour de la personne du recteur, maître des tâches qu'il souhaite déléguer ⁽²⁾ à ses conseillers.

Une telle organisation n'est pas en soi un obstacle à la mise en œuvre de politiques académiques dynamiques, dès lors que la sensibilité des recteurs aux questions de santé les porte à identifier des enjeux particuliers dans ce domaine et à dégager les moyens humains et matériels nécessaires pour les réaliser. La mission parlementaire a ainsi pu relever tout l'intérêt de certains projets académiques présentés par les recteurs qu'elle a auditionnés ou qu'elle a rencontrés dans le cadre de ses déplacements.

(1) Article 31 du décret du 27 novembre 1991.

(2) Animé par un neurologue, le D^r Michel Habib, Résodys, créé en mai 2002, est un réseau pluridisciplinaire et pluri-partenarial, destiné à améliorer la qualité de vie et l'intégration scolaire d'enfants souffrant de troubles spécifiques d'apprentissage du langage. Articulé avec le centre hospitalier universitaire de la Timone à Marseille, siège pour la région du centre référent pour le traitement de ces troubles, le réseau associe des praticiens médicaux et paramédicaux (notamment des orthophonistes). Outre des activités de recherche, Résodys organise le dépistage des enfants dyslexiques, grâce à la formation de médecins volontaires en mesure de faire un diagnostic ou d'orienter les enfants vers le centre de référence pour les cas plus complexes.

Exposant les particularités de la politique de détection et d'aide à la prise en charge des troubles de l'apprentissage dans l'académie d'Aix-Marseille (voir paragraphe ci-dessous), M. Jean-Paul de Gaudemar, recteur de cette académie, a par exemple précisé que cette action avait conduit le rectorat à engager un programme de formation des médecins scolaires à la détection de ces troubles et à signer une convention avec le réseau de santé Resodys prévoyant la participation de ces médecins au réseau. De même, les rectorats de Montpellier et de Rouen ont contribué à la création d'un observatoire régional d'épidémiologie scolaire impliquant la commande d'études particulières ou la participation des personnels de santé scolaire aux enquêtes.

Un troisième exemple concerne la coordination des interventions des médecins et des infirmiers scolaires pour la réalisation du bilan à 6 ans dans le département de l'Hérault. Grâce à la diffusion d'un protocole d'intervention élaboré conjointement par les personnels médicaux et infirmiers, l'inspection académique de l'Hérault a vu le taux de réalisation du bilan de 6 ans progresser en 5 ans de 40 % à 90 % sur le département.

La mise en œuvre de ces politiques académiques doit également à l'implication personnelle des médecins conseillers techniques qui en ont assuré la promotion au sein de leur institution.

Toutefois la valeur d'exemplarité que présentent ces actions particulières ne doit pas masquer les difficultés pratiques que rencontrent le plus généralement les personnels de santé conseillers techniques pour développer une politique rectorale de santé.

Comme le relève M. Jean-Louis Michard, évoquant devant la mission parlementaire les difficultés auxquelles se heurte la politique d'éducation à la santé, les questions de santé faisant référence des représentations personnelles sur lesquels il est important de s'interroger, il est fréquemment nécessaire de former les responsables administratifs en poste à ces problématiques, et souvent cet investissement personnel est à réitérer lorsque les responsables sont remplacés.

Dans une logique de gestion globalisée des crédits de fonctionnement du rectorat, les médecins et infirmières conseillères doivent souvent convaincre les autres services de l'institution de la pertinence des actions qu'ils souhaitent développer pour obtenir les enveloppes de crédit nécessaires. Ces contraintes pèsent en particulier sur l'organisation d'actions de formation continue, domaine pour lequel elles sont ressenties comme une incompréhension des obligations particulières auxquelles sont soumis les personnels de santé en matière de formation continue⁽¹⁾. La formation continue est en effet érigée au rang d'obligation légale par l'article L. 4133-1 du code de la santé publique pour tous

(1) Depuis la loi 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la formation médicale continue (FMC) sont désormais intégrées dans un dispositif unique, le développement professionnel continu (DPC), applicable à toutes les professions de santé.

les médecins, quel que soit leur mode d'exercice, et ceux-ci peuvent devoir faire valider leurs actions de formation professionnelle continue (FMC) par l'Ordre des médecins. L'article L. 4133 du même code précise au surplus que les employeurs publics ou privés sont tenus de prendre les dispositions permettant de respecter leur obligation de développement professionnel continu.

B. UN DÉFICIT DE RESSOURCES HUMAINES RÉSULTANT D'UNE INSUFFISANTE ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS PROPOSÉS

1. Une évolution difficile à discerner du fait des ruptures de séries statistiques

Si les statistiques communiquées à la mission parlementaire par le ministère de l'Éducation nationale et par le Conseil national de l'Ordre des médecins ⁽¹⁾ témoignent qu'un reflux démographique touche désormais la profession des médecins scolaires, les chiffres transmis ne permettent pas d'établir avec précision l'ampleur du mouvement amorcé depuis 2006 :

– le ministère de l'Éducation nationale, qui décompte des postes de médecins scolaires en « *équivalents temps plein travaillé* » (ETPT), enregistrait 1 659 postes de médecins scolaires occupés à temps complet en 2006. Les statistiques n'en comptent plus que 1 491 aujourd'hui, soit une baisse de 10 %. Il est cependant difficile de rapprocher cette série des données existantes antérieures à 2006, du fait des incertitudes quant à l'impact du changement des méthodes de comptabilisation lié au passage en 2006 aux normes prescrites par la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001.

Évolution des emplois de médecins scolaires (titulaires et non titulaires) inscrits au budget du ministère de l'Éducation nationale depuis 2001

	2001	2002	2003	2004	2005	2006 (*)	2007	2008	2009	2010	2011
Médecins scolaires titulaires	1 286,0	1 313,0	1 330,0	1 330,0	1 332,0	1 228,50	1 297,50	1 319,50	1 323,50	1 322,50	1 322,50
Médecins vacataires	755,40	795,60	826,20	816,90	801,30	430,53	360,34	330,07	231,89	169,14	169,14
Total	2 041,40	2 108,60	2 156,20	2 146,90	2 133,30	1 659,03	1 657,84	1 649,57	1 555,39	1 491,64	1 491,64

Source : ministère de l'Éducation nationale, en équivalent temps plein travaillé (ETPT)

(*) : Le passage en 2006 à la présentation des crédits dans le format prescrit par la nouvelle loi organique relative aux lois de finances (LOLF) introduit une rupture statistique de la série, allant dans le sens d'une baisse des effectifs comptabilisés.

– le Conseil national de l'ordre des médecins a pour sa part enregistré une baisse des médecins inscrits au tableau de l'ordre avec la mention d'une pratique de la médecine scolaire. Le nombre de médecins déclarant une activité régulière de médecin scolaire était de 2 658 au 1^{er} janvier 2006 ; ils n'étaient cependant plus que de 1 918 au 1^{er} janvier 2011, soit une baisse de 30 %.

(1) *Audition du D^r Irène Kahn-Bensaude, le 23 juin 2011.*

Le nombre de médecins scolaire recensés par l'ordre des médecins est supérieur au nombre du ministère de l'Éducation nationale pour deux raisons : il comptabilise sans distinguer si les personnes considérées travaillent, pour certaines d'entre elles, à temps partiel ⁽¹⁾, et ne comptabilisent donc pas des postes en équivalent temps plein ; par ailleurs, il intègre la centaine de médecins scolaires opérant dans les services municipaux de santé scolaire.

S'agissant des emplois d'infirmier(ière)s scolaires, si l'on examine l'effet du passage aux normes de la LOLF sur le décompte du nombre, on constate que ce passage ne semble pas avoir eu d'impact apparent sur le nombre d'emploi de titulaires recensés, tandis que le nombre d'emplois de personnels vacataires est divisé par deux, à l'instar de la série des emplois de médecins scolaires vacataires.

Sur la base de ces observations, on peut supposer, en première approximation, que ce sont en réalité 272 postes équivalents temps plein de médecins scolaires qui ont été perdus depuis 2005, soit 16 % des effectifs de ce cadre d'emploi.

Si cette perte semble porter, en première apparence, sur les effectifs de médecins scolaires non-titulaires – qui passent de 801 équivalents temps plein (ETP) comptabilisés en 2005 à 169 équivalents temps plein travaillé (ETPT) en 2011 –, c'est en réalité sur l'ensemble des deux catégories de personnels, médecins titulaires et vacataires, que la perte est constatée, les dernières mesures prises par le Gouvernement en 2006 ⁽²⁾ ayant permis la titularisation de 200 médecins vacataires sur un total de 228 médecins scolaires recrutés pendant cette période ⁽³⁾, ce qui induit en termes budgétaires le transfert d'emplois d'une catégorie vers l'autre sans réelle création de postes.

En ce qui concerne les emplois de personnels infirmiers scolaires, l'évolution des effectifs depuis 2001 montre une croissance régulière, liée au volontarisme des pouvoirs publics dans ce domaine – un plan de recrutement de 300 infirmier(ière)s scolaires a été décidé par le Gouvernement dans le cadre, de la loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école du 23 avril 2005 – et à un nombre de candidats aux concours d'infirmier(ière)s de l'éducation nationale nettement supérieur au nombre de postes ouverts.

(1) Il est à noter que 338 médecins exerçant en milieu scolaire déclaraient au CNOM avoir une activité mixte (incluant une pratique hospitalière ou libérale) en 2006.

(2) Par décret n°2006-743 du 27 juin 2006, le ministère de l'éducation nationale a mis en place, pour les sessions 2006 à 2008, des concours dérogatoires ouverts aux médecins scolaires non titulaires de la fonction publique.

(3) Lettre de la directrice générale des ressources humaines du ministère de l'éducation nationale au Conseil national de l'ordre des médecins, en date du 15 avril 2011, communiquée à la mission parlementaire par le CNOM.

**Évolution des emplois de infirmier(ière)s scolaires (titulaires et non titulaires)
inscrits au budget du ministère d'éducation nationale depuis 2001**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006 (*)	2007	2008	2009	2010	2011
Infirmiers(es) scolaires titulaires	5 914,0	6 066,0	6 277,0	6 274,0	6 274,0	6 421,0	6 712,0	7 003,0	7 309,0	7 545,0	7 545,0
Infirmières vacataires	287,50	303,80	303,80	303,80	303,80	167,53	155,69	155,69			
Total	6 201,50	6 369,80	6 580,80	6 577,80	6 577,80	6 588,53	6 867,69	7 158,69	7 309,00	7 545,00	7 545,00

Source : ministère de l'Éducation nationale, en équivalent temps plein travaillé (ETPT)

(*) : Le passage en 2006 à la présentation des crédits dans le format prescrit par la LOLF introduit une rupture statistique de la série allant dans le sens d'une baisse des effectifs comptabilisés.

Plus préoccupant encore, la baisse enregistrée des effectifs de médecins de l'éducation nationale semble malheureusement n'être que l'amorce d'une décline démographique plus importante.

2. Des perspectives d'évolution préoccupantes

Les problèmes d'effectifs que connaît la médecine scolaire risquent d'être amplifiés par de nombreux départs à la retraite prévisibles.

Les médecins scolaires connaissent en particulier, comme les autres médecins, un vieillissement accéléré de leur pyramide démographique, que traduit l'augmentation très rapide de la moyenne d'âge de ces médecins entre 2006 et 2011 :

	Nb. de médecins inscrits au tableau de l'ordre des médecins En 2011	Moyenne d'âge au 1 ^{er} janvier 2006	Moyenne d'âge au 1 ^{er} janvier 2011
Population des médecins dans son ensemble	199 987	48,5 ans ⁽¹⁾	51,4 ans
Médecins scolaires	1 918	50 ans	53,5 ans
Médecins de PMI	2 264	Nd	52,3 ans
Médecins du travail	5 713	50,5 ans	53,9 ans

Source : Conseil national de l'Ordre des médecins

Ce phénomène est la conséquence de la structure actuelle de la démographie médicale française, marquée par l'entrée massive dans la profession médicale de personnes nées dans l'après-guerre (entre 1945 et 1960). La présence prédominante de cette classe d'âge donne sa forme à la pyramide des âges médicale, qui présente l'aspect d'une cloche dont le centre de gravité se déplace vers le haut au fur et à mesure que cette génération de professionnels de santé prend de l'âge.

(1) Elle était de 43,3 ans en 1993 et de 46,1 ans en 2000.

Il est possible de rendre compte simplement de la déformation de la pyramide des âges médicale à partir du pourcentage de médecins en exercice âgés de plus de 50 ans. Alors que cette proportion devrait être de 50 % dans une pyramide des âges équilibrée ⁽¹⁾, elle est déjà actuellement de 62 % parmi les 200 000 médecins exerçant en France, de 63 % pour les 93 400 médecins généralistes en exercice, et de 68 % pour les 2 264 médecins exerçant en protection maternelle et infantile (PMI), cette proportion atteignant 73 % pour les 1 918 médecins scolaires et 75 % pour les 5 713 médecins du travail recensés par le CNOM.

Ces données illustrent la situation particulière de certaines formes de médecine préventive, parmi lesquelles la médecine scolaire prend sa place, faisant apparaître **un risque démographique majeur** pour ces professions au fur et à mesure que les médecins âgés de plus de 50 ans, qui forment les trois quarts des effectifs actuels, partiront à la retraite dans les 15 ans à venir.

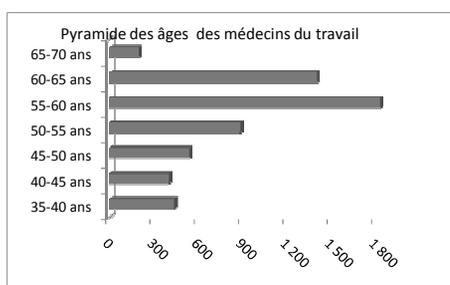
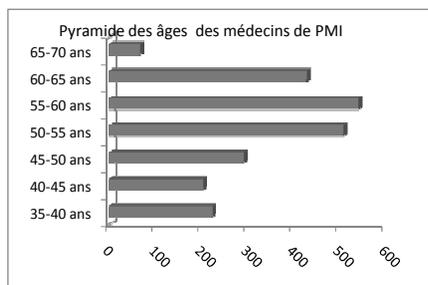
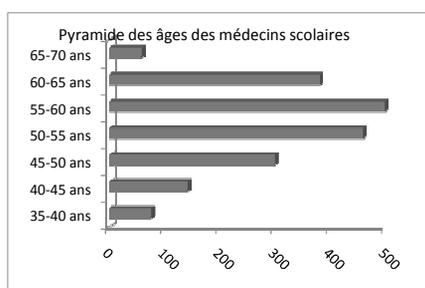
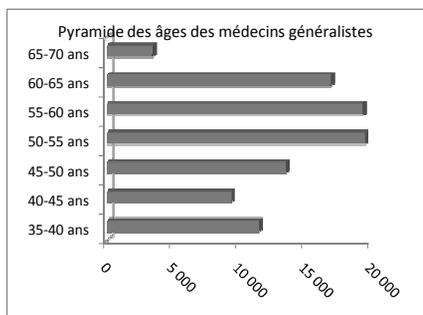
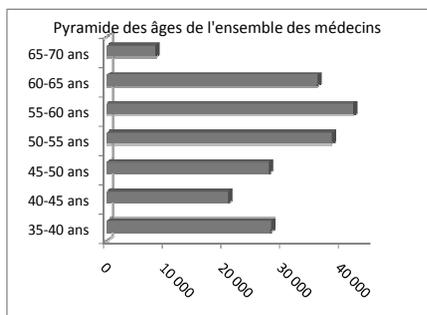
Dans le cas particulier de la médecine du travail, une estimation de ce risque démographique a été réalisée dans le cadre d'une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en 2009 ⁽²⁾. Les projections réalisées dans le cadre de cette étude font craindre un amoindrissement spectaculaire de cette discipline à l'horizon 2030, le nombre de médecins du travail en fonction pouvant baisser de 6 139 en 2005 à 2 353 en 2030, soit une réduction de 61 %. Le cas de la médecine scolaire se rapproche sensiblement de celui de la médecine du travail.

Un examen plus attentif des évolutions démographiques fait apparaître que, contrairement aux autres spécialités médicales, ces professions de médecine préventive n'ont pas tiré profit du desserrement de la contrainte démographique induit par le relèvement du *numerus clausus* limitant le nombre de médecins formés par les facultés de médecine chaque année. Alors que la majorité des spécialités médicales ont récemment enregistré un gonflement de leurs effectifs de première classe d'âge (allant de 35 à 40 ans), les professions de médecine préventive concernées conservent une pyramide des âges à base étroite qui hypothèque leur avenir.

(1) Sur la base d'une entrée dans l'exercice professionnel à 35 ans et d'un départ à la retraite à l'âge de 65 ans, selon les données communiquées par le CNOM, l'âge de 50 ans correspond exactement au milieu de la carrière médicale.

(2) La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales, *direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, ministère du travail, Études et résultats n° 679, février 2009.*

PYRAMIDE DES AGES DE L'ENSEMBLE DES MÉDECINS, DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES, DES MÉDECINS SCOLAIRES, DES MÉDECINS DE PMI ET DES MÉDECINS DU TRAVAIL



Source : Conseil national de l'ordre des médecins, 2011

L'origine du phénomène est identifiée dans le cas de la médecine du travail : celle-ci est devenue une spécialité médicale délaissée par les étudiants de médecine de sixième année lors de leur choix de spécialité. En 2009, sur 105 spécialisations en médecine du travail proposées à l'issue des épreuves nationales classantes ⁽¹⁾, seuls 63 postes ont été pourvus, dont 12 sur les 20 offerts en Île-de-France.

Ces données montrent que, bien qu'ils soient en partie communs à la profession médicale dans son ensemble, les problèmes démographiques auxquels est confrontée la médecine scolaire s'inscrivent dans un cadre plus spécifique,

(1) Le nombre total de postes ouverts aux lauréats étant de 6 189, toutes disciplines médicales confondues.

commun à plusieurs médecines préventives, et d'une absence de capacité à assurer le renouvellement des personnels.

Ces perspectives font craindre un effondrement des effectifs de médecins scolaires dans les dix années à venir si aucune mesure n'est prise.

En ce qui concerne les infirmier(ière) scolaires, le ministère de l'éducation nationale a indiqué que ses projections démographiques donnent également à prévoir un grand nombre de départs à la retraite dans les dix prochaines années, impliquant 2 900 personnes sur un effectif total de 7 500 infirmier(ière)s. Le ministère a toutefois précisé que les nouveaux recrutements, de l'ordre de 300 chaque année, permettent jusqu'à maintenant de compenser globalement les départs annuels.⁽¹⁾

3. Le manque de candidats intéressés par les métiers de la santé scolaire

Le rapport remis par la Cour des comptes souligne la difficulté rencontrée par le ministère de l'Éducation nationale pour recruter de nouveaux médecins titulaires :

RECRUTEMENT DES MÉDECINS DE L'ÉDUCATION NATIONALE

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Postes offerts	97	63	28	42	105	100	100	49	40
Candidats inscrits	Np	Np	Np	107	418	275	147	58	55
Candidats présents	Np	Np	Np	91	347	188	101	45	45
Postes pourvus	91	55	28	34	105	68	54	28	35
Rendement des concours	98,8 %	87,3 %	100 %	80,9 %	100 %	68 %	54 %	57 %	88 %

Source : rapport remis par la Cour des comptes au CEC, p. 60

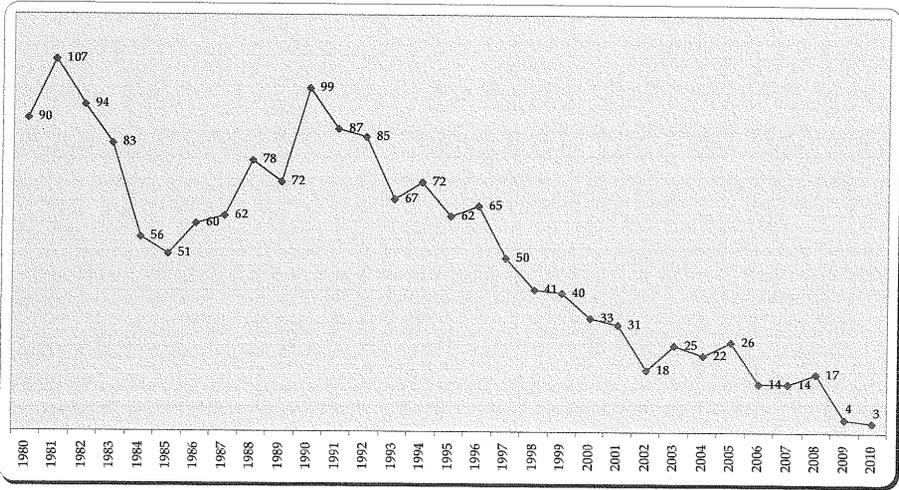
Il y a malheureusement lieu de craindre que la vision que ce tableau donne du potentiel de recrutement de médecins scolaires ne soit encore trop optimiste.

Comme indiqué *supra*, les recrutements opérés au cours des dernières années concernent, pour 90 %, des médecins qui intervenaient déjà en milieu scolaire dans le cadre d'un contrat de vacation et qui pour cette raison ne peuvent être considérés comme une véritable entrée dans la profession.

Les chiffres établis par le Conseil national de l'ordre des médecins montrent une décroissance préoccupante du nombre de médecins scolaires entrant annuellement dans la profession :

(1) Audition de M. Jean Marimbert, secrétaire général du ministère de l'éducation nationale, le 15 novembre 2011.

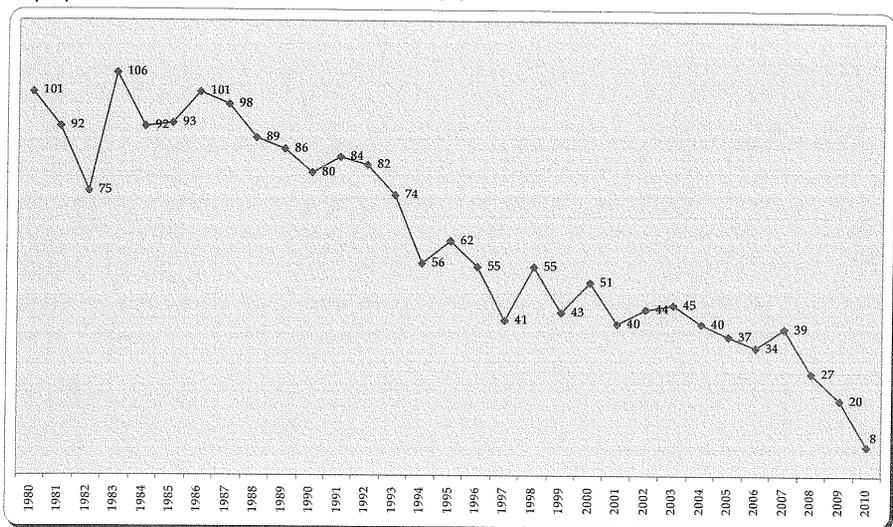
NOUVEAUX MÉDECINS SCOLAIRES INSCRITS AU TABLEAU DE L'ORDRE DES MÉDECINS



Source : Conseil national de l'ordre des médecins, 2011

Les données recueillies par le CNOM à propos des médecins travaillant dans des services de protection maternelle et infantile, qui sont rémunérés sur la base de la même grille indiciaire que les médecins scolaires, montre une décroissance inscrite sur une longue période de même nature.

NOUVEAUX MÉDECINS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE INSCRITS AU TABLEAU DE L'ORDRE DES MÉDECINS



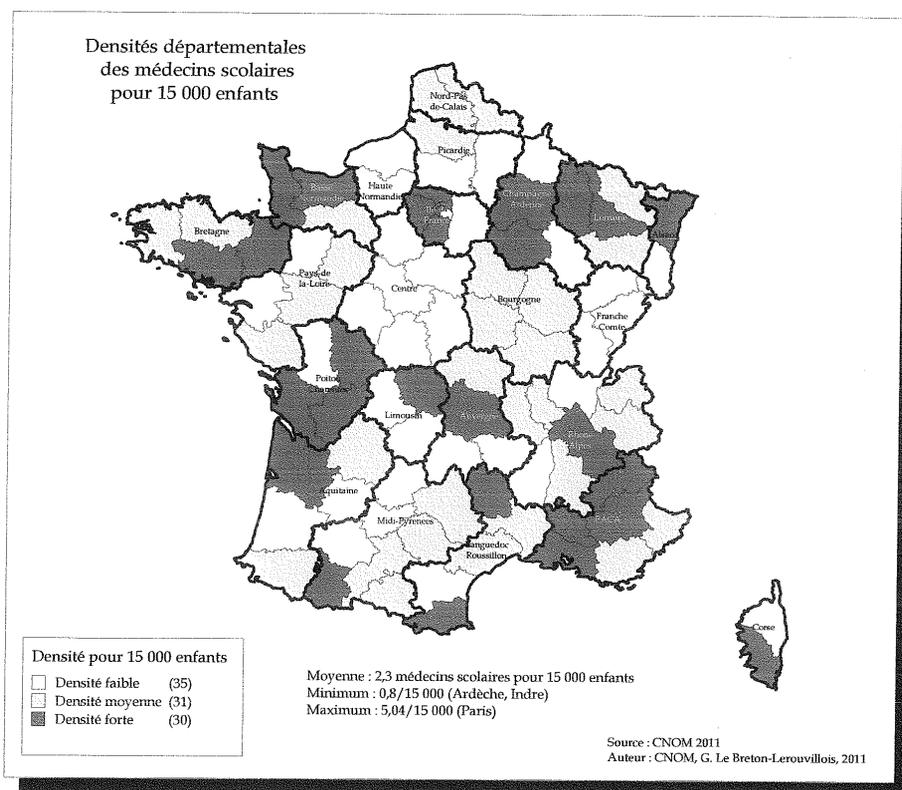
Source : Conseil national de l'ordre des médecins, 2011

Ces considérations factuelles démontrent un mouvement de déclin sur le long terme de ces deux professions de médecine préventive, qui n'arrivent plus aujourd'hui à puiser dans le vivier des médecins généralistes qui fut leur principale source de recrutement.

4. Des déséquilibres géographiques qui vont en s'accroissant

Le Conseil national de l'ordre des médecins a fait réaliser une carte de la densité régionale en médecins scolaires rapportée au nombre d'élèves (nombre de médecins pour 15 000 élèves) faisant apparaître les variations géographiques de la densité en médecins scolaires, autour d'une moyenne de 2,3 médecins scolaires pour 15 000 élèves. Cette carte, qui vise à mettre en relation sur un simple plan quantitatif l'offre et les besoins sanitaires, montre que les régions rurales marquées par l'existence de ce qu'il est convenu d'appeler des « déserts médicaux », sont celles où la densité en médecins scolaires est la plus faible.

DENSITÉS DÉPARTEMENTALES DES MÉDECINS SCOLAIRES



Une telle vision ne recoupe pas exactement l'analyse présentée par le ministère de l'Éducation nationale sur la base des postes de médecins scolaires déclarés vacants, qui se fonde sur une autre approche, ne tenant pas compte directement des besoins en termes de nombre d'enfants, mais de postes budgétaires à pourvoir. Faisant l'inventaire par académie des postes déclarés vacants en 2010 (au nombre de 123, France entière), le rapport de la Cour des comptes montre que deux tiers de ces postes se concentrent dans 6 académies seulement, fortement déficitaires, qui se situent toutes dans le nord de la France.

Il s'agit des académies de :

- Créteil, où 24 postes sont vacants ;
- Versailles, où 18 postes sont vacants ;
- Rouen, où 15 postes sont vacants ;
- Amiens, où 9 postes sont vacants ;
- Reims, où 9 postes sont vacants ;
- Lille, où 7 postes sont vacants.

5. Une insuffisance d'attractivité qui tient à une pluralité de facteurs

Les sombres perspectives auxquelles est confrontée la profession de médecin scolaire font de l'attractivité de la carrière de ces médecins un enjeu de premier plan.

Dans ce domaine, si la question de la rémunération a son importance, un regard sur la situation de la médecine du travail, qui connaît une situation encore plus dégradée malgré des salaires mensuels supérieurs de plus de 1000 euros, montre l'importance de facteurs connexes tels que la reconnaissance professionnelle, les conditions de travail, les possibilités de mobilité professionnelle et l'accès à des postes de responsabilités.

En ce qui concerne les infirmier(ière)s de l'éducation nationale, si le nombre de candidats qui se sont présentés aux derniers concours de recrutement permet tout le moment d'équilibrer le , cette situation risque de ne pas perdurer si la carrière d'infirmier(ière)s scolaires n'est pas revalorisée à l'image de ce qui a été consenti pour les infirmier(ière)s travaillant dans les établissements hospitaliers.

a) Des conditions de rémunérations plus défavorables que celles des corps de la fonction publique comparables

Rattachés aux corps communs de médecins de santé publique (MSP) jusqu'en 1991, les médecins scolaires ont vu leur différentiel négatif de rémunération avec le corps des médecins inspecteurs de santé publique, dont ils partageaient jusqu'alors les conditions statutaires, s'accroître du fait de

revalorisations indiciaires moins favorables. Un différentiel mensuel d'environ 400 euros est aujourd'hui observé dès le premier échelon.

Par rapport aux médecins territoriaux qui partagent la même grille indiciaire, les médecins scolaires observent qu'ils bénéficient d'une progression moins rapide dans les échelons. De plus, le passage au grade de médecin de première classe, une fois l'intéressé parvenu à l'échelon terminal de la deuxième classe, est limité par un plafond d'effectif portant sur le nombre de médecins première classe, fixé à 11 % de l'effectif du corps, alors qu'il n'existe pas de limitations semblables pour les médecins territoriaux.

Ces différentiels, qui prennent de l'ampleur au fur et à mesure de la progression dans la carrière, contribuent à établir parmi les médecins scolaires le sentiment d'être moins bien rémunérés à niveau de recrutement équivalent, et, partant, de bénéficier d'une reconnaissance sociale moindre que les autres médecins. Ce sentiment est alimenté par d'autres signaux provenant de différents horizons, qui ne sont pas tous d'ordre financier.

Pour leur part, les infirmier(ière)s de l'éducation nationale font valoir qu'à la suite de la réforme de la formation des infirmiers, les étudiants en soins infirmiers seront diplômés d'État au grade de la licence à partir de 2012 et accéderont, de ce fait, à la catégorie A. Pour les personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière, un droit d'option pour passer de la catégorie B à la catégorie A, a été ouvert jusqu'au 31 mars 2011 par la loi du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique⁽¹⁾. Les organisations syndicales des infirmier(ière)s de l'éducation nationale, auditionnées par la mission parlementaire le 18 octobre 2011⁽²⁾ réclament la mise en œuvre de mesures similaires dans le cadre du ministère de l'Éducation nationale, estimant que depuis le passage au 35 heures dans la fonction publique hospitalière, il n'existe plus de différences significatives en termes de durée annuelle de service entre les deux catégories de personnels infirmiers.

La dépense induite par le passage en catégorie A des infirmières de l'État, de l'éducation nationale et de la défense, soit environ 17 000 personnes dont 7 500 infirmier(ère)s scolaires, a été évaluée par un rapport établi par deux inspections générales à 6,8 millions d'euros par an, au terme d'une période de transition de 5 ans⁽³⁾.

(1) Selon les informations dont dispose le ministère de l'éducation nationale, seule la moitié des personnels infirmiers ont exercé effectivement leur droit d'option, du fait des contreparties au passage à la catégorie A (allongement de la durée de service actif).

(2) Audition de Mmes Brigitte Accart, secrétaire générale et Sophie Martinat, secrétaire académique et secrétaire départementale du Syndicat national des infirmiers et infirmières éducateurs en santé (SNIES UNSA Éducation), de Mme Béatrice Gaultier, secrétaire générale du Syndicat national des infirmier(e)s conseiller(e)s de santé (SNICS) et de M. Christian Allemand, secrétaire général adjoint, le 18 octobre 2011.

(3) Évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales, Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, septembre 2008, page 55.

Cette mesure de revalorisation a été considérée comme « inéluctable » par M. Jean-Michel Blanquer, directeur général de l'enseignement scolaire au ministère de l'éducation nationale, lorsqu'il a été interrogé sur ce point par l'un de vos rapporteurs ⁽¹⁾. M. Jean Marimbert, secrétaire général du ministère de l'éducation nationale, a indiqué le 15 novembre 2011 à la mission parlementaire que le ministère soutenait toujours très activement ce dossier sur le plan interministériel, afin de pouvoir continuer d'attirer dans le corps des infirmier(ière)s de l'éducation nationale des personnels en provenance de la fonction publique hospitalière, mais que, la revalorisation de la carrière des infirmier(ière)s de la fonction publique d'État ne concernant pas seulement les personnels de l'éducation nationale, cette demande posait des difficultés qualifiées de « techniques » par le ministère de la fonction publique.

b) Une reconnaissance sociale qui n'est pas à la hauteur des enjeux sanitaires auxquels les personnels de santé scolaires sont confrontés

Aux yeux des personnels de médecine scolaire, la reconnaissance de leur profession doit porter autant sur une carrière professionnelle mieux organisée, que sur une amélioration des conditions matérielles d'exercice et sur une reconnaissance des spécificités de leur exercice.

Organisée autour de postes de médecin scolaire de secteur et n'offrant qu'un accès limité aux postes de médecin conseiller technique – qui représentent moins de 10 % des effectifs du corps –, la carrière de médecin scolaire n'offre pas suffisamment de postes diversifiés pour attirer des jeunes médecins, qui, même s'ils sont intéressés par l'exercice salarié de la médecine, pourraient redouter d'être « enfermés » dans un exercice médical particulier pendant toute leur vie professionnelle. De plus, la situation actuelle de la médecine scolaire peut décourager les vocations, car comme le remarquait, un peu rudement, un médecin scolaire rencontré par la mission parlementaire, « on entre d'autant moins dans une carrière de la fonction publique que celle-ci paraît étroite et sinistrée ».

Plus profondément, la question de la reconnaissance de la qualification professionnelle des médecins scolaire fait débat depuis longtemps. En 1998, Mme Josianne Carvalho, qui fut responsable de la formation initiale des médecins scolaires pendant de nombreuses années, écrivait : « une qualification pour ce métier, dont la spécificité est désormais prouvée, ne peut que favoriser l'émergence d'une identité professionnelle lisible à l'extérieur et par ce fait, valorisante pour le corps professionnel. Cette qualification couronnerait l'effort de formation et d'appropriation du nouveau métier. Or à ce jour, l'obtention de la qualification en santé publique reste presque exceptionnelle pour les médecins de l'éducation nationale. La délivrance d'un diplôme identique à celui des médecins inspecteurs à l'issue de leur formation à l'ENSP, option médecine scolaire, par

(1) Avis n° 2824 présenté par MM. Marc Bernier et Gérard Gaudron le 14 octobre 2010, au nom de la commission des Affaires culturelles et de l'éducation sur le projet de loi de finances pour 2011, tome IV - Enseignement scolaire, page 37.

exemple (ou promotion de la santé des enfants et des adolescents), voire la création d'un diplôme universitaire spécifique que les plus volontaires pourraient souhaiter passer, serait perçue positivement, aussi bien par les médecins qui débutent, que par les plus anciens »⁽¹⁾.

Malgré les sacrifices consentis par un certain nombre de médecins scolaires pour suivre, souvent à leurs frais, des formations diplômantes s'inscrivant dans une perspective professionnelle (acquisition de la spécialité santé publique, ou d'un diplôme spécialisé dans le domaine des troubles du langage et de l'apprentissage), cette question n'a toujours pas reçu de réponse positive de la part de l'administration de l'éducation nationale.

En ce qui concerne la formation des personnels infirmiers, ceux-ci bénéficient à l'issue du concours d'entrée d'un « stage d'adaptation à l'emploi », organisé par les rectorats, dont la durée est variable mais souvent de courte durée, ne dépassant pas sept jours. De fait, comme a déjà pu le souligner l'un de vos rapporteurs dans un précédent avis budgétaire⁽²⁾, ces personnels ne bénéficient pas de la part des rectorats d'une formation spécifique suffisante aux problématiques de la santé scolaire, notamment dans la pratique des dépistages en milieu scolaire et de l'éducation à la santé, alors que, dans le même temps, la participation de ces personnels aux bilans de santé réalisés auprès des élèves est souhaitée par les rectorats.

II. L'EFFICACITÉ DE LA MÉDECINE SCOLAIRE EN MATIÈRE DE PRÉVENTION SANITAIRE EST ENTRAVÉE PAR LA COMPLEXITÉ DE SON POSITIONNEMENT INSTITUTIONNEL

A. LA SANTÉ DE L'ENFANT : LA NÉCESSITÉ D'UN INDICATEUR SYNTHÉTIQUE MAIS QUI RESTE À CONCEVOIR

Le suivi épidémiologique et sanitaire des enfants est autant une question de mesure, celle de la fréquence et de la gravité des troubles de santé existants, que de choix des déterminants de santé à surveiller.

Ces difficultés témoignent des particularités de la médecine de l'enfant qui doit porter autant le regard sur les pathologies ayant une incidence immédiate sur la vie de l'enfant (cas de l'asthme et des allergies par exemple) que sur celles de nature à entraver son développement (cas des troubles visuels ou auditifs par exemple) et sur celles susceptibles de se développer dans un avenir plus lointain (à partir de comportements à risque ou addictif en premier lieu). Comme le souligne le P^F Danièle Sommelet⁽³⁾, dans son rapport sur la santé de l'enfant et des

(1) Médecins de l'éducation nationale : enjeux et perspectives pour un nouveau métier, J. Carvalho, C. Maitrot, revue Santé publique 1998, volume 10, n° 3, p. 269-285.

(2) Avis n° 2824 présenté par MM. Marc Bernier et Gérard Gaudron le 14 octobre 2010, au nom de la commission des Affaires culturelles et de l'éducation sur le projet de loi de finances pour 2011, tome IV - Enseignement scolaire, page 38.

(3) Auditionnée par la mission parlementaire le 23 juin 2011.

adolescents remis au ministre de la santé en 2007, « *les enjeux de la santé de l'enfant et de l'adolescent ne sont plus ceux d'il y a 50 ans quand la morbidité et la mortalité pédiatriques étaient encore élevées, liées à des problèmes en grande partie résolus, notamment dans le domaine des maladies infectieuses et de certaines pathologies malformatives. Dans le monde actuel, l'enfant concentre, voire amplifie certaines conséquences liées à l'évolution du mode de vie ou de l'environnement écologique, économique ou social. Assurer la bonne santé de l'enfant, c'est prévenir le mal-être des jeunes, les pathologies de l'adulte, la surmortalité prématurée (avant 65 ans)* ⁽¹⁾ ».

Ces considérations méthodologiques accroissent, dans le cas de la santé de l'enfant, la césure qui existe habituellement entre la production de données de santé, usuellement rassemblées par la Drees, et le traitement en vue de l'interprétation de ces données par les organismes spécialisés, en particulier au sein de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), qui a notamment publié en 2009 les résultats d'une expertise collective sur le sujet ⁽²⁾.

1. Le suivi de la santé de l'enfant a justifié la mise en œuvre de dispositifs *ad hoc* par les pouvoirs publics

Il convient tout d'abord de souligner l'importance des efforts consentis par les pouvoirs publics pour organiser un suivi de la santé des enfants et des adolescents dans un cadre scientifique rigoureux et cohérent. Ce suivi sanitaire s'appuie sur deux dispositifs principaux, coordonnés tous deux par la Drees qui y apporte son savoir-faire en matière de traitement des données statistiques médicales : les enquêtes épidémiologiques en milieu scolaire, d'une part, et les indicateurs relatifs aux 100 objectifs de santé publique dégagés par la loi de santé publique du 4 août 2004, d'autre part.

a) Les enquêtes épidémiologiques en milieu scolaire : un outil de connaissance de la santé de l'enfant sans équivalent.

En raison de leur mode de recueil et de l'importance des effectifs d'élèves interrogés, les enquêtes en milieu scolaire constituent un outil majeur de connaissance de la santé de l'enfant et de l'adolescent. La fiabilité de ces enquêtes est particulièrement précieuse car les enfants, à la différence des autres catégories de population suivies dans le cadre des enquêtes de santé publique ne sont pas en mesure de porter un regard objectivé sur leur propre état de santé.

À la différence des enquêtes menées par l'Irdes (enquête Santé et protection sociale), par l'Insee (enquête décennale santé) ou de l'enquête HBSC de l'Organisation mondiale de la santé (*Health Behaviour in School-aged Children*) qui s'appuient sur des données déclaratives, les enquêtes réalisées en milieu scolaire reposent sur un examen de santé, effectué par un médecin ou une

(1) L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé, *Danièle Sommelet, bulletin de l'Académie de médecine, 2008, n° 5.*

(2) Santé de l'enfant – Propositions pour un meilleur suivi, *Expertise opérationnelle, Inserm, 2009.*

infirmière de l'éducation nationale. Les données sont recueillies à partir du carnet de santé de l'enfant (vaccinations notamment), des mesures réalisées lors de cet examen (poids, taille) ou encore en interrogeant les parents (en grande section de maternelle) ou l'enfant lui-même (CM2, troisième).

De plus, les effectifs sur lesquels les enquêtes ont porté sont supérieurs à ceux des autres enquêtes de dimension nationale en France ou en Europe et offrent des niveaux d'analyse beaucoup plus fins pour un âge donné. Le champ des enquêtes en milieu scolaire comprend 8 000 élèves pour le niveau CM2, le même nombre en classe de troisième et 24 000 en grande section de maternelle, tandis que les effectifs de l'ensemble des moins de 15 ans étaient de 8 000 pour l'enquête décennale santé de 2002-2003 (Insee) et 4 000 pour les enquêtes Santé et protection sociale de l'Irdes et Handicap-santé 2008 (volet « ménages »). Pour l'enquête HBSC de l'OMS, 1 500 élèves de chacune des classes d'âge 11, 13 et 15 ans avaient été interrogés, soit 4 500 élèves par pays au total.

Les enquêtes en milieu scolaire sont commandées et réalisées sous la conduite de la Drees qui réalise en outre l'exploitation des bases et la publication des principaux résultats.

De 1985 à 1995, les enquêtes en milieu scolaire étaient biennales et ne concernaient que les élèves de grande section de maternelle. Elles se restreignaient au recueil d'informations sur les vaccinations rougeole-oreillons-rubéole (ROR), afin d'estimer la couverture vaccinale contre ces trois maladies et d'évaluer indirectement l'efficacité des campagnes de vaccination ayant suivi la mise sur le marché du vaccin trivalent. Un questionnement sur la vaccination antituberculeuse a été introduit en 1997.

À partir de 1999, la Drees a mis en place un cycle triennal d'enquêtes de santé en milieu scolaire avec une ouverture à d'autres problématiques de santé que celle de la vaccination. La population scolaire enquêtée s'est élargie à deux autres niveaux scolaires : les enfants des classes de CM2 et les adolescents des classes de troisième. L'enquête du cycle triennal est réalisée chaque année ; elle porte alternativement sur des échantillons d'élèves scolarisés en grande section de maternelle, en CM2 et en classe de troisième (générale, technologique, insertion ou Segpa).

En contrepartie, la périodicité de collecte pour une classe d'âge donnée est passée à trois ans. Ainsi les résultats de l'enquête réalisée parmi les enfants de grande section de maternelle 2008-2009, actuellement en cours de dépouillement, ne peuvent être confrontés qu'aux données issues de l'enquête 2005-2006 (exploitées dans les publications actuelles).

Ce système d'enquêtes annuelles a été appliqué entre 1999 et 2009. La Drees a annoncé sur son site internet que les enquêtes sont actuellement en cours de refonte. La principale caractéristique est que les enquêtes seront espacées de deux ans : les prochaines enquêtes auront ainsi lieu au cours de l'année scolaire

2012-2013 pour la grande section de maternelle, en 2014-2015 pour les enfants de CM2 et en 2016-2017 pour les classes de troisième.

Cela n'est pas sans susciter de sérieuses interrogations sur les données qui seront alors obtenues : un suivi épidémiologique satisfaisant est-il possible à l'aide de données récoltées tous les 6 ans pour un niveau scolaire donné (par exemple la grande section de maternelle) ? En ce qui concerne plus précisément les indicateurs de santé associés aux programmes de qualité et d'efficacité (PQE) attachés au projet de loi de financement de la sécurité sociale, les évolutions de l'indicateur « taux de prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant », utilisé dans le cadre du PQE de la branche Assurance maladie, pourront-elles être suivies avec un degré de fiabilité suffisant pour renseigner annuellement le Parlement sur la performance de notre politique de santé ? Interrogée sur ce point, la directrice de la Drees, Mme Anne-Marie Brocas, a indiqué que cette révision serait réalisée en concertation avec les principaux organismes utilisateurs de données.

b) Les données collectées dans le cadre du suivi des objectifs de la loi de santé publique du 4 août 2004

La Drees coordonne également la collecte des données produites par différents organismes de santé ⁽¹⁾ dans le cadre du rapport annuel de suivi des 100 objectifs associés à la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004.

Les 100 objectifs inscrits dans le rapport annexé à la loi de santé publique correspondent aux améliorations de l'état sanitaire attendues avec les connaissances et la technologie disponibles, soit en termes de santé (réduire la mortalité par cancer du sein, réduire la fréquence des complications du diabète, améliorer la qualité de vie des patients présentant une insuffisance rénale chronique,...), soit en termes de déterminants (réduire la consommation de tabac, réduire l'exposition aux polluants atmosphériques,...).

Des indicateurs pertinents permettant le suivi des objectifs associés à la loi ont été définis par un groupe d'experts en santé publique réunissant, sous l'égide de la Direction générale de la santé et de la Drees, les principaux producteurs de données et des experts de chacun des thèmes retenus par la loi.

L'état de santé de la population - Rapport 2009-2010 constitue le quatrième rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique, depuis la première édition en 2006. Ce rapport a permis de fournir les données nécessaires au Haut conseil de la santé publique (HCSP) pour l'évaluation de la loi de santé publique du 9 août 2004, qu'il a rendue publique en mars 2010. Cet ouvrage fournit en 2010 une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en France. Pour cette édition, l'ouvrage s'est enrichi de deux dossiers thématiques dont un portant sur la santé des jeunes.

(1) l'Ademe, l'Afssa, l'Afssaps, l'Agence de la biomédecine, l'Assurance maladie, la Dares, la DGS-EA, la Drees, l'INCa, l'Ined, l'Inpes, l'Inrets, l'Insee, l'Inserm, l'INVS, l'Irdes, l'OFDT, l'ONISR, l'UFSBD, l'Usen/Cnam ; cf. en annexe n° 4 la signification des sigles.

Six objectifs fixés par la loi de santé publique concernent directement la population des enfants et des adolescents. Le suivi de ces objectifs, dont trois sont directement en lien avec la médecine scolaire, repose sur des indicateurs qui renseignent sur l'évolution de la situation sanitaire des enfants. Il s'agit des objectifs suivants :

- lutte contre le rachitisme carenciel, carence en vitamine D (objectif 8 de la loi de santé publique) ;
- lutte contre le surpoids et l'obésité chez l'enfant (objectif 12) ;
- réduction de l'exposition des enfants au plomb (objectif 18) ;
- diminution de l'indice carieux des enfants âgés de 6 et 12 ans (objectif 91) ;
- réduction des accidents de la vie courante chez les enfants et les adolescents (objectif 93) ;
- lutte contre les traumatismes intentionnels dans l'enfance : définition d'actions de santé publique efficaces (objectif 95) ;
- amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage oral et écrit (objectif 96).

Un autre groupe d'objectifs a été associé à des sous-indicateurs de suivi de la population infantile ou juvénile, qui complètent ainsi les données collectées sur la santé des jeunes. Il s'agit de :

- la lutte contre le tabagisme quotidien (objectif 3 de la loi de santé publique) dont un sous-indicateur fait référence à la prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes ;
- la lutte contre l'usage à risque ou nocif de l'alcool (objectif 2), dont un sous-indicateur fait référence aux prévalences de la consommation d'alcool et des ivresses régulières déclarées par les jeunes de 17 ans ;
- l'amélioration de la couverture vaccinale de la population (objectif 42) dont deux sous-indicateurs font référence à la couverture vaccinale des enfants âgés de 24 mois ⁽¹⁾ et la couverture vaccinale des enfants âgés de 6 ans ⁽²⁾ ;
- la prévalence de l'asthme (objectif 74) dont un sous-indicateur fait référence à la proportion d'enfants hospitalisés pour asthme dans les 12 mois parmi les élèves asthmatiques de grande section de maternelle, de CM2 et de troisième ;

(1) BCG (*Bacille de Calmette et Guérin*, vaccin destiné à protéger contre la tuberculose), DTCP (vaccin diphtérie, tétanos, polio), Hib (vaccin de la méningite à *Hemophilus Influenzae B*), vaccin contre l'hépatite B, ROR (vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons).

(2) BCG et ROR.

– la réduction de la fréquence des suicides (objectif 92).

L'ensemble de ces indicateurs constitue un instrument de suivi précieux de la situation sanitaire des enfants et des adolescents. Selon les informations recueillies auprès de la Drees, celle-ci entend continuer ce travail de coordination et de synthèse de données de santé, qui est très apprécié des organismes qui utilisent ces données.

Il convient aussi de noter à cet égard que les indicateurs de suivi des 100 objectifs de la loi de santé, un temps présentés en annexe aux projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), ont nourri les programmes de qualité et d'efficience (PQE) de l'Assurance maladie attachés aujourd'hui aux PLFSS.

2. Une batterie d'indicateurs de santé publique éprouvés, mais qui ne fournit pas une vision globale de la santé des jeunes

Les deux catégories d'indicateurs précitées correspondent à des visions complémentaires de la santé des enfants et des adolescents. Les enquêtes en milieu scolaire font principalement ressortir un besoin en soins, au départ centrés sur les troubles physiques (troubles de l'audition et de la vision) et étendus aux aspects cognitifs et psychologiques, tandis que les indicateurs liés aux objectifs définis par la loi de santé publique font davantage place aux déterminants de santé et aux menaces sérieuses sur celle-ci (hospitalisation pour asthme, suicides).

Les données épidémiologiques collectées n'ont cependant pas pour objet de contribuer à l'élaboration d'un indicateur synthétique qui permettrait de caractériser l'état de santé des enfants et de suivre son évolution dans le temps. Leur objet se limite à mesurer la fréquence, au sein de la population scolaire, de pathologies ou de déterminants de santé désignés par les pouvoirs publics comme des priorités de santé publique dans le domaine de la santé de l'enfant. Il faut de plus remarquer que la fréquence d'apparition des pathologies ou des déterminants de santé, désignée par la notion de prévalence, est bien mieux évaluée que leur incidence sur le développement des enfants concernés : on parle le plus souvent de troubles (de vision, d'audition, du comportement) ou de comportements à risque pour nommer les variables de santé les plus utilisées en matière de santé juvénile. Ainsi, comme le fait remarquer la Cour des comptes dans son rapport, il n'existe aujourd'hui pas de moyen d'évaluer l'impact du dispositif de médecine scolaire sur l'état de santé des enfants, du fait de l'absence d'un indicateur synthétique global permettant de caractériser la santé des enfants et des adolescents et d'en suivre les évolutions.

Une autre approche consiste en la comparaison des indicateurs sanitaires avec les valeurs mesurées dans les autres pays. S'appuyant sur les données internationales collectées par l'Organisation pour la coopération et le développement en Europe (OCDE), le P^f Maurice Tubiana⁽¹⁾ dresse, dans un

(1) Auditionné par la mission le 17 mai 2011.

rapport présenté devant l'Académie de médecine le 30 mars 2010, un constat sévère de la situation sanitaire française : « *La santé physique des jeunes Français (0-18 ans) est globalement satisfaisante, mais la qualité de leur santé mentale et de leur insertion sociale devenue très inégalitaire est insuffisante. Dans le classement des 21 pays les plus industrialisés publié en 2007 par l'Unicef sur le bien-être des enfants (fondé sur six groupes de critères), la France n'occupait que la 16^e place. [...] Les jeunes Français sont parmi ceux qui sont les plus pessimistes quant à leur avenir et qui se sentent le moins intégrés dans une société qu'ils ressentent comme bloquée, car elle ne leur offre que peu de possibilités de promotion. Ils ont le sentiment que leur destin dépend des autres et non d'eux-mêmes. La France est, avec la Finlande, le pays de l'Union européenne où chez les hommes, la mortalité prématurée (entre 15 et 65 ans) est la plus élevée, ce qui est, pour l'essentiel, dû à un taux élevé de mortalité évitable (accidents, suicides, tabac, alcool) qui n'a d'égal ailleurs en Europe que dans certaines régions de l'ex-Allemagne de l'Est et le sud de l'Espagne. Malgré les progrès récents, les Français à 18 ans restent parmi ceux qui fument le plus, boivent le plus d'alcool, fument le plus de cannabis, consomment le plus d'antidépresseurs et de tranquillisants ainsi que de somnifères, se suicident le plus (entre 15 et 35 ans), deviennent le plus souvent HIV séropositifs et où les interruptions volontaires de grossesse sont parmi les plus fréquentes* »⁽¹⁾. Devant la mission parlementaire, le P^r Maurice Tubiana a plaidé en conséquence pour le renforcement de la promotion de la santé à l'école, notamment à l'école élémentaire, où il importe de développer les compétences de vie.

S'il est pessimiste, le constat incontesté d'une spécificité française en matière de surmortalité juvénile, dont les racines plongeraient dans une attitude collective peu ouverte par certains aspects aux particularités du développement de l'enfant, conduit les rapporteurs à voir dans ce phénomène **le premier indicateur qui devrait être retenu pour mesurer l'impact des actions de prévention sanitaire en faveur des enfants et des adolescents.**

B. LES INTERROGATIONS SUR L'EFFICACITÉ DE LA MÉDECINE SCOLAIRE TIENNENT MOINS À LA BAISSÉ DU TAUX DE DÉPISTAGE QU'À L'INSERTION INSUFFISANTE DE SON ACTION AU SEIN DU SYSTÈME DE SANTÉ

1. Faute de référentiels sanitaires adaptés, la question des bilans systématiques de santé cristallise les interrogations

a) Le bilan de santé à 6 ans

Le bilan de santé à 6 ans a bénéficié à 470 000 enfants au cours de l'année scolaire 2008-2009 selon les dernières statistiques disponibles. Ceci correspond à 65 % des enfants de 6 ans scolarisés. Ce taux connaît une baisse régulière depuis

(1) Éducation pour la santé à l'école, rapport du P^r Maurice TUBIANA adopté par l'Académie de médecine le 30 mars 2011.

2003, année où il a atteint la valeur maximale de 88 %, bien qu'il ait été affiché comme une priorité par les pouvoirs publics depuis le lancement du programme quinquennal pour la santé des jeunes de 2003, lequel a fixé comme objectif un taux de réalisation de 100 % ⁽¹⁾.

Cette valeur de 100 % a été reprise comme cible dans le cadre du pilotage budgétaire par les performances qui a choisi le taux de réalisation des bilans de 6 ans comme seul indicateur de performance associé à l'action « santé scolaire ».

La raison principale de cette baisse tient à l'alourdissement des tâches lié à l'intégration scolaire des enfants handicapés ou souffrant de troubles de santé. Comme l'expliquent les médecins scolaires rencontrés par la mission parlementaire, une priorisation spontanée et pragmatique des tâches s'impose aux personnels dès lors que l'avis médical peut bloquer l'avancement de certaines procédures nécessaires au déroulement de la scolarité de certains élèves. C'est le cas du certificat d'aptitude technique à l'utilisation de machines professionnelles ainsi que des projets d'accueil individualisé (PAI), établis en début d'année scolaire avec le concours des médecins scolaires.

Ces tâches sont en augmentation depuis dix ans. Les certificats pour l'utilisation des machines professionnelles qui étaient délivrés pour 200 000 élèves pendant l'année 2000-2001, en concernent aujourd'hui 240 000, selon les estimations du Syndicat national des médecins scolaires et universitaires (SNMSU) établies à partir d'une enquête couvrant un tiers de la population scolaire. En ce qui concerne les élèves bénéficiant d'un PAI, leur nombre n'a cessé d'augmenter au sein de la population scolaire, passant de 1,2 % de l'effectif scolaire en 2001-2002 à près de 2 % aujourd'hui. Dans cet ensemble, en 2008-2009, la part des nouveaux PAI reste importante, l'éducation nationale comptabilisant 83 000 nouveaux PAI sur un total de 186 000 PAI en vigueur. Enfin, le nombre d'élèves handicapés examinés par les médecins scolaires dans le cadre de dossiers de scolarisation a doublé pendant la même période, passant de 0,34 % à 0,6 % de l'effectif couvert par les médecins interrogés par le SNMSU.

Conséquence de l'alourdissement des tâches relatives à l'intégration scolaire des élèves, les bilans de santé systématiques sont déplacés vers la deuxième partie de l'année scolaire, au risque que la priorité affichée par les pouvoirs publics soit reléguée au rang de variable d'ajustement face à la multiplication des dossiers à traiter en priorité.

(1) Il convient de remarquer que lorsque cette décision avait été prise, le taux de réalisation connaissait une progression régulière depuis 1998, passant de 62 % en 1998-1999 à 88 % en 2002-2003.

Cette priorisation de fait a été intégrée par les médecins conseillers techniques des recteurs, témoins de l'évolution de ces missions. Une note interne au rectorat de Montpellier suggère ainsi la priorisation suivante :

- élaboration des PAI et des PPS ;
- visites médicales dans le cadre des autorisations pour l'utilisation de machines professionnelles ;
- prise en compte des situations d'urgence (signalement d'enfants en danger, alertes sanitaires, dispositifs adaptés en cas d'événement grave survenant dans une école) ;
- examens médicaux à la demande des élèves, des parents ou des enseignants ;
- bilan médical à 6 ans ;
- conseils techniques aux chefs d'établissement.

Une telle liste illustre les doutes persistants des personnels de santé scolaire sur l'intérêt des dépistages systématiques, compte tenu des moyens dont ils disposent et des alternatives offertes par le repérage et les demandes spontanées d'examen.

Ce scepticisme n'est pas nouveau : en 1998, une contribution signée par le P^r Jean-Pierre Deschamps, illustre défenseur de la médecine scolaire, à un dossier de la revue Santé publique consacré à la santé scolaire, regrettait la priorité « *quasi-obsessionnelle mise sur les examens systématiques* »⁽¹⁾. Cette opinion était toutefois exprimée antérieurement au développement du dépistage des troubles du langage et de l'apprentissage, qui constitue probablement aujourd'hui un élément capital du bilan à 6 ans.

La cristallisation des difficultés de la médecine scolaire autour du bilan de santé des 6 ans met également au jour les problèmes complexes d'articulation des actes infirmiers et médicaux dans la réalisation de bilans systématiques.

Dans le souci d'améliorer les taux de réalisation de ces bilans, certains rectorats ont cherché à améliorer la coordination dans la réalisation des bilans infirmiers et des bilans médicaux par la mise en place de protocoles départementaux élaborés avec le concours des personnels des deux catégories de professions de santé. Cette stratégie ayant produit des résultats inégaux selon les académies, de fortes hétérogénéités sont aujourd'hui observées parmi les départements, dans le taux de réalisation des bilans de 6 ans, comme le souligne la DGESCO dans la réponse qu'elle a transmise à la mission parlementaire sur ce sujet : « *Le taux de réalisation s'échelonne de 25 % à 90 % selon les académies. L'analyse de ces disparités et le dialogue de gestion avec les académies ont montré que la définition même du bilan de santé doit être précisée. En effet, certaines académies n'ont pris en compte que les « visites médicales » effectuées*

(1) La santé scolaire en France : évolution et perspectives, M. Tricoire, J. Pommier, J.-P. Deschamps, revue Santé publique 1998, volume 10, n° 3, p. 257-267.

par des médecins de l'éducation nationale, alors que d'autres ayant mis en place des stratégies de travail en équipe entre médecins et infirmières, ont comptabilisé davantage d'élèves bénéficiaires. Il est prévu d'harmoniser progressivement les pratiques afin d'obtenir un taux de réalisation cohérent. »

b) Un suivi médical au mieux lacunaire au travers des bilans de santé systématiques prévus à 9, 12 et 15 ans

Par l'article 1^{er} de la loi du 5 mars 2007, le Législateur a souhaité donner corps à l'idée d'un suivi médical pour tous les enfants et adolescents scolarisés grâce à la mise en place de bilans de santé réguliers.

Dès son adoption, cette disposition s'est heurtée au manque de moyens pour la mettre en œuvre, la médecine scolaire, la plus directement concernée, n'arrivant pas à maintenir les examens de santé qu'elle assurait en dehors du bilan de 6 ans. Alors que 70 % des élèves en classe de troisième bénéficiaient d'un bilan de santé dans les années 2000-2001 à 2002-2003, seulement 14 % des élèves de même niveau en bénéficient actuellement, selon une enquête réalisée par le SNMSU en 2010.

C'est pourquoi, dès la promulgation de la loi, le Directeur général de la santé (DGS) a saisi le Haut conseil de la santé publique (HCSP), par lettre du 19 avril 2007, sur la question de savoir quel devait être le contenu d'une visite obligatoire prévue à l'âge de 12 ans. Dans sa saisine, le DGS rappelait que la visite médicale obligatoire prévue pouvait être réalisée par un professionnel de santé au choix des parents, mais qu'elle devait en tout état de cause demeurer gratuite.

Dans son avis rendu le 18 juillet 2007, le HCSP mentionnait une expérimentation en cours dans trois départements, visant à proposer de manière systématique à tous les adolescents de 12 et 13 ans une consultation de prévention gratuite, par le moyen d'une information conjointe de l'éducation nationale et des caisses primaires d'assurance maladie. Sans se prononcer sur les résultats sanitaires de cette expérimentation, le HCSP soulignait le faible taux de participation à ces consultations de prévention, de l'ordre de 5 % de la population cible, et soulignait les inégalités résultant de ce choix d'organisation.

Le HCSP est revenu sur l'expérimentation de la consultation de prévention en direction des enfants de 12 et 13 ans et sur les conclusions qu'on pouvait en tirer, dans un rapport consacré aux consultations de prévention en mars 2009⁽¹⁾. Rappelant dans une fiche spécifique les résultats d'une évaluation quantitative réalisée par l'Institut national de veille sanitaire⁽²⁾, le HCSP a indiqué dans ses

(1) *Consultations de prévention - Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement, Haut Conseil de la santé publique, mars 2009.*

(2) *Dans 12,5 % des cas un problème de santé a été découvert à l'occasion de la consultation. Il s'agissait dans la majorité des cas de symptômes physiques assez hétérogènes. Le médecin a consigné une souffrance psychique durable chez 5,4 % des enfants vus, découverte à l'occasion de cette consultation dans 1,4 % des entretiens. Pour 28 % des enfants la consultation a motivé une intervention complémentaire.*

conclusions générales que « *la réalisation des examens périodiques de prévention n'a d'intérêt que si une prise en charge d'aval et de proximité, à dimension principalement éducative est prévue* » et que « *dans la perspective d'une organisation renouvelée de la médecine de premier recours et d'une place reconnue à la prévention, il est indispensable de redéfinir les modalités d'intervention entre, d'une part, le médecin traitant, et d'autre part, des activités donnant lieu à des consultations à orientations principalement préventives* ».

Si l'on suit le raisonnement du HCSP, le champ de la prévention, notamment en milieu scolaire, ne devrait donc pas être développé sans être pensé dans le cadre d'une organisation globale et d'une intervention mieux coordonnée des acteurs de santé.

2. La politique suivie par l'éducation nationale en matière de prévention de la santé des jeunes n'a pas véritablement tiré les conséquences de la régionalisation des enjeux de santé publique

Le rapport de la Cour des comptes, complété par les observations de la mission parlementaire lors de ses déplacements sur le terrain, a également montré la mobilisation insuffisante des rectorats dans l'exploitation des données de santé disponibles.

Or en raison du développement important des programmes locaux de santé et de la régionalisation du système de santé, la mise en place d'enquêtes épidémiologiques est indispensable aussi bien pour réaliser les états des lieux préalables aux actions, que pour améliorer les actions de prévention ou contribuer à leur évaluation.

Une étude de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé recensant les études épidémiologiques réalisées dans les régions en lien avec les objectifs du Programme national nutrition santé (PNNS) a ainsi montré qu'entre 2000 et 2008 une très faible minorité d'actions avaient été engagées à l'initiative des services déconcentrés du ministère de l'Éducation nationale ⁽¹⁾.

Faute de disposer de données sur la santé des élèves ayant fait l'objet d'un traitement statistique approprié, les rectorats ne semblent pas en mesure de faire valoir auprès des services centraux les enjeux et les besoins sanitaires propres à leurs territoires. Comme le souligne le rapport remis par la Cour des comptes, les méthodes utilisées par la DGESCO ⁽²⁾ pour répartir les dotations en personnels de santé entre les académies demeurent sans lien direct avec les besoins de santé des élèves.

(1) FNORS – Harmoniser les études en nutrition : un guide de bonnes pratiques pour les études régionales et locales – annexe – juillet 2009.

(2) Direction générale de l'enseignement scolaire.

Ce constat global assez critique ne doit cependant pas masquer le caractère novateur des observatoires régionaux d'épidémiologie scolaires mis en place dans deux académies métropolitaines.

Il s'agit en l'espèce d'un outil mis en place par le rectorat et l'ancienne direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) visant à mieux connaître les problèmes de santé présentés par la population scolarisée, grâce au déploiement d'enquêtes thématiques, et au suivi des actions mises en œuvre. Dès 1999, sur l'initiative d'un médecin scolaire conseiller technique, une convention tripartite a associé le rectorat de Montpellier, la Drass de Languedoc-Roussillon et l'Observatoire régional de santé de Languedoc-Roussillon pour la création d'un Observatoire régional d'épidémiologie scolaire (ORES)⁽¹⁾. La formule a été reprise par le rectorat de Rouen et la Drass de Haute-Normandie en 2006 pour la création d'un observatoire régional de santé scolaire en Haute-Normandie.

Le champ des travaux menés par ces deux observatoires comprend différents éléments, notamment :

– la construction d'une batterie d'indicateurs régionaux de santé de la population scolarisée, apportant des éléments pour la définition et le suivi des politiques de santé⁽²⁾ ;

– la réalisation d'enquêtes sur des classes d'âge particulières⁽³⁾ ;

– l'évaluation d'actions expérimentales d'éducation à la santé et la réalisation d'études thématiques particulières portant par exemple sur les consommations addictives ou les comportements à risques⁽⁴⁾.

Cette préoccupation visant à la collecte, au traitement et à la synthèse de données de santé relative à la population en âge scolaire a également motivé la création d'observatoires locaux de santé des élèves par quelques communes françaises, dont certaines appartiennent au réseau français des villes santé de l'OMS⁽⁵⁾.

De telles initiatives sont l'expression d'une conception dynamique de l'épidémiologie en milieu scolaire, qui savent dépasser l'exploitation des indicateurs existants pour conduire à la mise en place d'enquêtes *ad hoc* en fonction des objectifs fixés par les différents acteurs régionaux de santé publique commanditaires.

(1) *Associations constituées sous le régime de la loi de 1901, les Observatoires régionaux de santé (ORS) réalisent depuis 1974 des études à caractère épidémiologique à la demande d'acteurs de santé locaux tels que les caisses primaires d'assurance-maladie, les collectivités territoriales ou les services déconcentrés de l'État.*

(2) http://www.invs.sante.fr/beh/2009/04/beh_04_2009.pdf

(3) *Pour la région Languedoc-Roussillon : <http://www.ors-lr.org/travauxetudes/pdf/ores3eme2008-2009.pdf>*

(4) *Pour une liste plus complète des travaux réalisés par l'observatoire de Languedoc-Roussillon, consulter le lien <http://www.orslm.fr/Publications.pdf>*

(5) *La ville de Villeurbanne, dont le service de santé scolaire a été visité par la mission parlementaire, la ville de Châteauroux et celle de Nanterre.*

3. Dimension essentielle du dépistage, la question du recours aux soins repose sur le volontarisme des personnels

Lorsqu'un examen de dépistage est positif, un avis du médecin scolaire recommandant des examens complémentaires est communiqué à la famille. Il comporte un volet détachable, à retourner au service de santé scolaire pour informer les suites données par la famille à l'avis médical.

En 2002, un état des lieux réalisé pendant deux années scolaires, de septembre 1999 à juin 2001, a fait apparaître qu'un tiers seulement des avis médicaux étaient retournés par les familles au service de santé scolaire, accréditant l'idée qu'un grand nombre de dépistages positifs n'étaient pas suivis de soins au bénéfice de l'enfant, en raison d'une incompréhension sur la nature des suites à donner ou de difficultés d'accès aux soins.

Les ministres chargés de la santé et de l'éducation nationale ont alors pris l'initiative d'adresser à leurs services respectifs une circulaire, en date du 3 mai 2002, les alertant sur ce sujet et leur recommandant de mettre en œuvre des dispositifs de partenariat avec les services des collectivités locales et des organismes sociaux, ainsi qu'avec les professionnels de santé et le tissu associatif. Ces partenariats avaient pour objet de faire intervenir des « accompagnants santé » destinés à prendre contact avec les familles n'ayant pas signalé les suites données aux avis médicaux et à rechercher avec elles d'éventuelles difficultés d'accès aux soins. Les deux ministres demandaient à leurs services de créer ou de renforcer de tels dispositifs en priorité pour les élèves scolarisés en zone d'éducation prioritaire (ZEP) et dans les quartiers ciblés au titre de la politique de la ville.

La même préoccupation de renforcer l'efficacité globale des bilans à 6 ans se retrouve dans le programme quinquennal de prévention et d'éducation relatif à la santé des élèves, diffusé par la circulaire du 1^{er} décembre 2003⁽¹⁾, qui fait figurer l'amélioration du recours aux soins parmi ses principaux objectifs. Il est demandé en l'espèce d'atteindre un taux de retour d'information égal à 80 %. S'appuyant sur les expériences en cours dans les départements de l'Oise et de Seine-Saint-Denis, le programme quinquennal prévoyait de parvenir à cet objectif en encourageant la formation des réseaux locaux en vue d'une recherche de solutions partenariales, la formation d'« équipes pluriprofessionnelles sensibilisées au repérage d'indicateurs significatifs et le contrôle effectif par les personnels de la communauté éducative concernés par le suivi de la santé des élèves »⁽²⁾. Les informations fournies en annexes de la circulaire sur les protocoles en vigueur dans les départements de l'Oise et de Seine-Saint-Denis mentionnaient l'intervention d'un accompagnant santé, dont le rôle était tenu par un personnel de la caisse primaire d'assurance maladie ou par des volontaires associatifs. Interrogés sur les suites données à ce dispositif, le ministère de l'Éducation nationale a indiqué que les dispositifs expérimentaux mis en place en 2003 pour

(1) Circulaire n° 2003-210 du 1^{er} décembre 2003 - La santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation.

(2) *Idem.*

faciliter l'accès aux soins n'ont pas été poursuivis, « *en raison notamment de la difficulté à trouver des relais en dehors de l'école pour assurer le suivi des soins auprès des familles* ».

Le taux de retour d'information demeure stable, à hauteur d'environ 32 % pour l'année 2008-2009. L'interprétation de ce pourcentage demeure l'objet de discussion, la Cour des comptes mentionnant dans son rapport l'opinion d'un professionnel de santé selon lequel le faible taux de retour des avis ne pouvait être considéré comme une absence de suites données aux avis médicaux, qu'il estimait pour sa part plus proche de 90 % ⁽¹⁾. Cette valeur peut *a contrario* paraître optimiste, d'autres éléments d'information récoltés par la mission d'information sur le terrain témoignant de taux moins élevés (de l'ordre de 60 %). En tout état de cause, il conviendrait que des études beaucoup plus fondées soient engagées au niveau national pour mieux connaître les tenants et aboutissants de cette question, en tenant compte des différents contextes géographiques.

Sur le terrain, il semble que peu d'initiatives destinées à favoriser le recours aux soins à la suite des dépistages réalisés subsistent.

La mission parlementaire a cependant eu l'occasion d'aborder cette question avec les services municipaux de santé scolaire de Villeurbanne et de Lyon, ainsi qu'avec les services du rectorat de Montpellier en présence des professionnels de santé libéraux. Les professionnels de santé présents ont confirmé l'intérêt médical qu'ils ont trouvé aux actions réalisées par des structures d'accompagnement agissant en aval du dépistage, que ce soit au titre de la coordination des soins, dans le cadre du service municipal de la ville de Villeurbanne, ou au titre d'un accompagnement social par le service municipal social de la ville de Lyon.

La mission a également pris connaissance des actions de partenariat engagées par l'académie de l'Hérault conjointement avec le conseil général, avec deux réseaux de santé, l'un tourné vers l'accompagnement des familles dans les zones d'éducation prioritaire, l'autre consacrée à la prise en charge des adolescents connaissant des difficultés psychologiques (réseau Philado).

Le réseau d'accompagnement santé des familles à Montpellier existe depuis 2005 et intervient sur une zone géographique couvrant des établissements scolaires appartenant au réseau Ambition réussite (RAR) des quartiers Alco et Mosson et au réseau Réussite scolaire (RER) des hauts de Massane. Si les bilans quantitatifs indiquent que le coût par famille accompagnée reste élevé, les évaluations qualitatives successives ont montré que la fonction d'accompagnement devait respecter des règles de mise en œuvre strictes pour préserver l'autonomie et la responsabilité propre des familles. Les motifs à l'origine du non recours aux soins sont très variés : raisons économiques (absence de couverture maladie complémentaire), incompréhension par rapport aux suites à

(1) Rapport de la Cour des comptes remis au Comité d'évaluation et de contrôle, p. 143.

donner aux avis médicaux, difficultés à s'orienter dans le système de soins, problèmes pratiques de transports... Les pathologies justifiant le plus souvent un accompagnement sont des problèmes d'orthophonie et d'ordre psychologique ou neuro-psychologique.

Ces retours d'expérience conduisent les rapporteurs à formuler l'hypothèse que l'échec de la formule des accompagnants santé expérimentée par les pouvoirs publics en 2003 est peut-être à rechercher dans son orientation généraliste, conduisant à une dilution des efforts là où une action plus ciblée sur les pathologies dont l'enjeu est plus difficile à appréhender pour les familles aurait présenté une meilleure plus-value médicale : la consultation de psychologues, les bilans orthophoniques et la prise en charge des troubles de l'apprentissage.

Cette hypothèse n'est pas sans importance aux yeux des rapporteurs, car les axes qui viennent d'être indiqués correspondent à des priorités affichées par les pouvoirs publics depuis de nombreuses années sans que des progrès significatifs aient pu être mesurés.

Les rapporteurs tiennent à souligner que la fonction d'accompagnant santé pourrait constituer un levier dans la réalisation des principaux objectifs de la politique de santé en faveur des enfants et des adolescents, malgré son coût, dès lors qu'elle serait concentrée sur les pathologies les plus prioritaires.

4. L'action exemplaire de certaines académies en matière de détection et d'orientation vers une prise en charge adaptée des troubles «dys» pose la question de leur généralisation

Un état des lieux, entrepris, par l'inspection des affaires sociales et l'inspection générale de l'éducation nationale en janvier 2002, après la publication du rapport de M. Ringard, avait pointé les lacunes importantes de la prise en charge des enfants souffrant de troubles du langage et de l'apprentissage, insuffisances apparentes dès le stade de la détection des troubles.

Neuf années après ce constat, on peut noter une forte mobilisation de l'éducation nationale sur le dépistage des troubles de l'apprentissage et du langage. En 2008-2009, 350 000 élèves âgés de 6 ans ont ainsi bénéficié d'un bilan standard de dépistage, donnant éventuellement lieu à des examens complémentaires. Dans 20 % des cas, soit 70 000 enfants, ces bilans ont montré la nécessité de soins spécifiques, de nature orthophonique pour un peu moins de 50 % des cas, dans des Rased ⁽¹⁾ pour 24 % des cas, en CMP ⁽²⁾ ou en CMPP ⁽³⁾ pour 24 % des cas, ou dans des centres de référence pour les troubles du langage les plus graves dans 4 % des cas. En outre, près de 20 000 examens supplémentaires ont été réalisés au bénéfice d'élèves en cycle primaire, soit 0,5 %

(1) Réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED).

(2) Centre médico-psychologique (CMP).

(3) Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

de la population scolaire des écoles élémentaires, 20 % d'entre eux nécessitant une prise en charge en centre de référence.

L'afflux de ces nouveaux cas pose la question de l'organisation de leur prise en charge par le système de soins, les centres de référence spécialisés, au nombre de 37 en France, étant désormais saturés.

Lors de l'audition de M. Jean-Paul de Gaudemar, recteur de l'académie d'Aix-Marseille, la mission parlementaire a pris connaissance des réalisations particulières de cette académie dans le domaine de la détection des troubles de l'apprentissage, fondées sur la diffusion d'outils de repérage à destination des enseignants et sur un partenariat actif avec les spécialistes de ces troubles au sein d'un réseau de santé spécifique :

– le rectorat d'Aix-Marseille a tout d'abord favorisé la création depuis trois ans d'équipes d'intervention destinées à effectuer des formations dans les établissements à la demande des enseignants. Désignées sous le nom de *Team Dys*, ces équipes sont composées d'un médecin scolaire, d'un enseignant et d'un professionnel de terrain n'appartenant pas à l'éducation nationale. Les actions de formation assurées par ces équipes sont destinées à permettre aux enseignants de mettre en œuvre des outils de repérage mis à leur disposition par l'académie. Ainsi, de 2006 à 2009, un outil de repérage, dénommé Reperdys⁽¹⁾, a été expérimenté dans l'académie d'Aix-Marseille et l'académie de Nice, avec des enseignants volontaires, dans le cadre d'un projet régional dénommé « 6 pour dys » (« 6 départements de deux académies pour le repérage des dys »).

– par ailleurs, le rectorat s'est engagé dans un partenariat actif avec le réseau de santé Résodys, visant à faciliter la prise en charge des enfants pour lesquels des troubles du langage ont été repérés dans le cadre des bilans de santé.

Animé par le neurologue Michel Habib, Résodys, créé en mai 2002, est un réseau pluridisciplinaire et pluri-partenarial, destiné à améliorer la qualité de vie et l'intégration scolaire d'enfants souffrant de troubles spécifiques d'apprentissage du langage. Articulé avec le centre hospitalier universitaire de la Timone à Marseille, siège du centre référent pour le traitement de ces troubles sur la région, le réseau associe des praticiens médicaux et paramédicaux (notamment des orthophonistes). Outre des activités de recherche, Résodys organise le dépistage des enfants dyslexiques, grâce à la formation de médecins volontaires en mesure de faire un diagnostic ou d'orienter les enfants vers le centre de référence pour les cas plus complexes. Le réseau peut également participer directement à la prise en charge des cas les moins sévères.

Les médecins membres de Résodys, dits « médecins référents » et parmi eux certains médecins scolaires, occupent aujourd'hui une place à part dans le

(1) Reperdys est un outil de repérage des troubles spécifiques des apprentissages élaboré par le D^r Monique Jacquier-Roux (ancienne médecin conseillère technique à l'Inspection académique de la Loire) destiné à permettre aux enseignants un repérage collectif par classe des élèves ayant des troubles spécifiques des apprentissages.

parcours de diagnostic et de traitement des enfants dyslexiques, grâce aux capacités de diagnostic qu'ils ont développées dans le cadre du réseau. Ils sont ainsi en mesure de procéder eux-mêmes au diagnostic, à partir des éléments en leur possession (bilans orthophonique ou du psychologue, mesure du quotient intellectuel, etc.), afin d'éviter d'envoyer les élèves faire ces diagnostics dans des centres de références, surchargés ou géographiquement peu accessibles, dans le cas de dyslexies moyennes qui souvent ne justifient pas un bilan approfondi.

Cette forme d'organisation va au-delà du parcours préconisé par le rapport de M. Ringard de juillet 2000 sur les enfants dysphasiques et dyslexiques, qui imaginait un repérage par les enseignants, un dépistage par les médecins scolaires et un diagnostic par les centres de référence neuro-linguistiques, mais dont la logique se trouve débordée par le nombre d'enfants dyslexiques aujourd'hui repérés.

III. BIEN QU'ELLE SOIT SOUVENT DÉCISIVE, LA CONTRIBUTION DE LA MÉDECINE SCOLAIRE AUX DIFFÉRENTES POLITIQUES PUBLIQUES MENÉES EN MILIEU SCOLAIRE EST INSUFFISAMMENT RECONNUE

A. LA MÉDECINE SCOLAIRE, ET PLUS GÉNÉRALEMENT L'ÉDUCATION NATIONALE, APPORTE UNE CONTRIBUTION DÉCISIVE À L'INTÉGRATION SCOLAIRE DES ÉLÈVES HANDICAPÉS

Cinq ans après sa mise en application effective, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a permis une augmentation très importante du taux de scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire, qu'elle soit collective, dans les dispositifs adaptés des classes pour l'inclusion scolaire (CLIS) et Unités localisées pour l'inclusion scolaire (UPI), et surtout individuelle. À la rentrée 2010, 201 388 enfants handicapés étaient scolarisés dans ces conditions soit 50 000 de plus qu'à la rentrée 2005, alors que dans le même temps, le nombre des enfants accueillis en milieu hospitalier ou médico-social avait sensiblement diminué.

Cependant, dans le rapport qu'il a remis au Président de la République en mai dernier ⁽¹⁾, le sénateur Paul Blanc a estimé que l'école peine à répondre de manière pertinente aux besoins des enfants handicapés, malgré le montant des sommes consacrées par le ministère de l'Éducation nationale à cet accueil, estimées à 1,3 milliard d'euros : l'éducation nationale doit faire face à un « *développement exponentiel de la prescription par les Maisons des départementales des personnes handicapées (MDPH) d'aides individuelles, les assistants de vie scolaire individuels (AVS-I), qui sont devenues une quasi-condition de la scolarisation* ». De plus, en élargissant la notion de handicap, souligne M. Paul Blanc, la loi précitée de 2005 a eu comme conséquence une très

(1) La scolarisation des enfants handicapés, rapport au Président de la République, M. Paul Blanc, sénateur, mai 2011.

forte augmentation de la qualification de handicap « *pour des troubles du comportement ou des apprentissages ne relevant pas nécessairement de cette qualification* ».

Parmi les mesures préconisées par M. Paul Blanc, plusieurs sont susceptibles de concerner les personnels de médecine scolaire.

M. Paul Blanc recommande une meilleure évaluation des besoins de l'enfant pour la construction de son projet personnalisé de scolarisation et même de son projet de vie : appréciation *in situ*, réévaluation régulière, révision du classement de certains troubles et par suite, réduction sensible de la prescription d'aides individuelles. En tant que membres de l'équipe de suivi de la scolarisation, les personnels de médecine scolaire seraient certainement les premiers sollicités, au titre de leur expertise médicale, pour procéder à ces réévaluations périodiques, mais au prix d'un alourdissement de leurs tâches difficilement envisageable dans le contexte actuel.

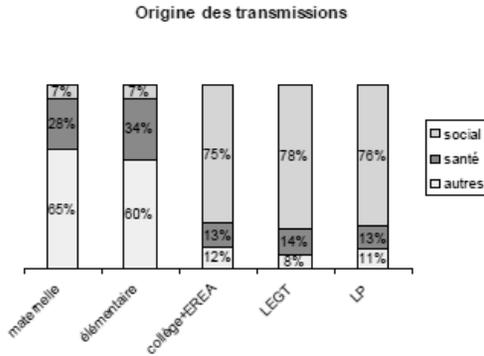
D'autre part, M. Paul Blanc recommande « *un dépistage précoce de certaines difficultés d'apprentissage, les « dys » notamment, en mettant l'accent sur le rôle de la préscolarisation et par suite sur l'importance de la formation des enseignants* ». Cette recommandation rejoint les réflexions de la mission parlementaire sur la nécessité de redéfinir un schéma opérationnel de détection et de prise en charge des troubles cognitifs.

B. LA CONTRIBUTION DE LA MÉDECINE SCOLAIRE À LA PROTECTION DE L'ENFANCE EN DANGER EST ÉGALEMENT ESSENTIELLE

Les personnels de l'éducation nationale sont à l'origine d'environ un quart des transmissions reçues par les autorités administratives et judiciaires signalant des enfants ou adolescents estimés en danger ou en risque de danger : 31 866 élèves ont fait l'objet d'une transmission d'information préoccupante au président du conseil général ou d'un signalement au procureur de la République en 2008-2009, soit 3,2 % des élèves scolarisés.

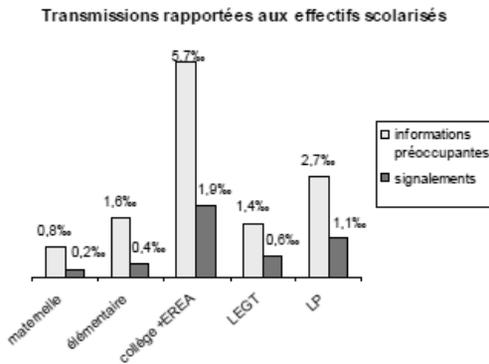
Les trois quarts des transmissions sont adressées au président du conseil général. Les signalements à l'autorité judiciaire sont réservés aux situations d'extrême gravité ou de présomption de mise en danger du mineur relevant d'une infraction pénale.

Dans le premier degré, les directeurs d'école et les enseignants sont à l'origine de plus de 60 % des transmissions, les personnels de santé en assumant environ un tiers. Dans le second degré, le service social est à l'origine des trois-quarts des transmissions. Les transmissions sont toutefois parfois effectuées conjointement dans le cadre d'un travail en équipe.



Source : Ministère de l'Éducation nationale, année 2008-2009

Le collège est le niveau auquel les élèves sont le plus souvent repérés en danger ou en risque de danger.



Source : Ministère de l'Éducation nationale, année 2008-2009

La politique de protection de l'enfance en danger a fait l'objet d'un travail d'évaluation approfondi de la part de la Cour des comptes en 2009 ⁽¹⁾.

Dans son constat, celle-ci relève que l'organisation complexe de la protection de l'enfance, faisant intervenir de manière imbriquée le président du conseil général et l'autorité judiciaire, est à l'origine d'une forte hétérogénéité dans la protection des enfants en danger ou en situation de l'être selon les départements.

Les investigations de la Cour l'ont notamment conduite à relever que bien qu'ils soient désormais les principaux acteurs de la protection de l'enfance, les départements ne sont pas systématiquement destinataires des informations concernant des enfants en danger, « *notamment parfois celles connues des médecins ou de l'éducation nationale* ». La Cour des comptes demande donc à

(1) La protection de l'enfance, *Rapport thématique, Cour des comptes, octobre 2009.*

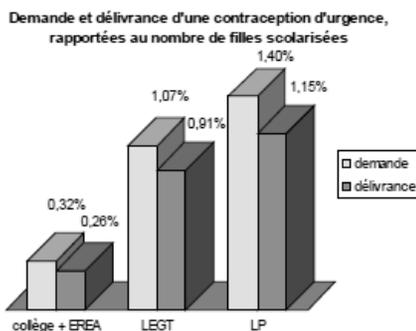
toutes les professions au contact des jeunes de se mobiliser et de faire converger les informations dont elles disposent vers le conseil général. À cet égard, la notion « d'information préoccupante » devrait être précisée afin de définir certains « cas types » pour bien sensibiliser les personnels en contact avec les enfants, notamment dans le milieu médical et dans le système éducatif.

La mission parlementaire a elle-même relevé la forte variation du taux d'informations préoccupantes ou de signalement au procureur de la République transmis par les services de l'éducation nationale, qui vont de 1,7 pour 1 000 élèves à 5,2 pour 1 000 élèves selon les académies, d'après les chiffres fournis par le ministère de l'Éducation nationale. Ses déplacements sur le terrain l'ont également conduite à remarquer que les circuits de transmission variaient, les personnels de l'éducation nationale communiquant les signalements directement aux services départementaux ou judiciaires dans certaines inspections académiques tandis que dans d'autres départements, les inspections académiques ou les rectorats ont mis en place des cellules centralisant ces informations et les retransmettant aux services départementaux ou judiciaires. Compte tenu des recommandations formulées par la Cour des comptes, la mission parlementaire suggère d'évaluer l'efficacité respective de ces deux types de procédure de communication.

C. L'APPORT DE LA MÉDECINE SCOLAIRE À LA POLITIQUE CONTRE LES GROSSESSES NON-DÉSIRÉES EST LIMITÉ PAR LES CONTRAINTES RÉSULTANT DU DISPOSITIF LÉGISLATIF

Les infirmier(ère)s de l'éducation nationale administrent la contraception d'urgence en milieu scolaire, conformément à la loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 et, plus précisément, au protocole annexé à son décret d'application n° 2001-258 du 27 mars 2001.

13 818 élèves, dont 81% étaient mineures, se sont rendues à l'infirmierie pour demander une contraception d'urgence. Dans 84 % des cas, la demande est apparue justifiée. Le nombre des demandes de contraceptifs d'urgence correspond donc à environ 1 % des lycéennes.



Source : Ministère de l'Éducation nationale, année 2008-2009

Ce chiffre est à comparer aux 14 500 grossesses adolescentes non désirées ayant fait l'objet d'une interruption volontaire de grossesse en 2007.

Une évaluation de la politique de prévention des grossesses non désirées, conduite en octobre 2009 par des membres de l'inspection générale des affaires sociales, a montré que, si la diffusion de la contraception d'urgence n'avait pas vu se réaliser les craintes sur un éventuel recul de la contraception régulière qui avaient été exprimées lors du débat précédant l'adoption de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, elle ne s'était pas non plus accompagnée de la baisse attendue du recours aux IVG, notamment parmi les personnes mineures.

D'une manière générale, le niveau d'utilisation de la contraception d'urgence est apparu à la mission d'évaluation de l'IGAS « *sans commune mesure avec l'importance des risques d'exposition à un risque de grossesse non désirée, dans un ordre de grandeur de 1 à 20* », les professionnels de santé rencontrés par la mission soulignant que le recours à la contraception d'urgence en cas de rapport mal ou non protégés est « *loin d'être systématique* ».

Si une information insuffisante des femmes en situation de risque peut être évoquée, la mission d'évaluation de l'IGAS a fait également apparaître que la délivrance à titre gratuit de la contraception d'urgence aux jeunes filles mineures se heurtait à des obstacles pratiques tant dans les pharmacies que dans les infirmeries scolaires. Tout en soulignant le rôle irremplaçable des infirmeries scolaires dans l'accès à la contraception d'urgence pour les personnes mineures n'ayant pas l'autorisation de quitter le lycée pour se rendre dans les centres de planning familial (par ailleurs parfois fermés les lundis et week-end), la mission d'évaluation a identifié des problèmes pratiques, liés aux permanences assurées, à l'approvisionnement de l'infirmerie en contraceptifs dans le cadre d'un budget très faible ou à l'application rigoureuse d'une procédure de délivrance complexe, qui rendent dans les faits plus aléatoire qu'elle ne devrait l'être l'obtention d'un contraceptif d'urgence par les élèves mineures.

Préoccupée du nombre d'interruptions volontaire de grossesse parmi les mineures, « véritable fléau sanitaire », la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes de l'Assemblée nationale, a chargé Mme Bérengère Poletti d'une mission d'information sur la contraception des mineures.

En ce qui concerne la délivrance de la contraception d'urgence en milieu scolaire, la rapporteure a souligné que contrairement à la procédure très simple de délivrance de la contraception d'urgence en pharmacie, le code de la santé organise « *une procédure complexe au regard de situations qui exigent au contraire, une certaine rapidité d'action* ». L'article 1^{er} de la loi du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence dispose en effet que les infirmiers scolaires ne peuvent administrer une contraception d'urgence à une élève, qu'elle soit mineure ou majeure, que dans les seuls cas où « *aucun médecin ou centre n'est immédiatement accessible et si l'élève est dans une situation de détresse caractérisée* ». Les infirmiers sont donc tenus non seulement d'avoir un entretien préalable avec l'élève afin de déterminer si cette dernière se trouve réellement dans un état d'urgence et de détresse mais, dans une telle hypothèse, ils doivent rechercher pour elle une pharmacie ou un centre de planification ou d'éducation familiale auprès desquels elle pourra obtenir une contraception d'urgence.

Cette condition préalable paraît en elle-même paradoxale car pour être efficace, la contraception d'urgence doit être prise le plus rapidement possible après un rapport sexuel non protégé. La procédure prévue pour la délivrance de la contraception d'urgence en milieu scolaire retarde son administration de quelques heures supplémentaires – le temps de prendre un rendez-vous qui peut ne pas être immédiat et le temps que l'élève se déplace de l'établissement scolaire vers ledit professionnel.

La rapporteure a constaté que ces conditions de délivrance constituaient dans les faits une limitation pour l'obtention de la contraception d'urgence : contrairement aux délivrances de la contraception d'urgence par les pharmacies qui ont plus que sextuplé en sept ans, les délivrances de contraception d'urgence dans les établissements scolaires n'ont dans ce même temps que doublé, passant de 5 826 en 2001-2002 à 11 600 en 2008-2009. Quant aux élèves réorientées vers l'extérieur pour obtenir effectivement le contraceptif, elles sont passées de 3 909 en 2001-2002 à 5 957 en 2008-2009.

Tout en reconnaissant que l'appropriation de la contraception d'urgence par les jeunes est réelle, la rapporteure a conclu que le but poursuivi par cette politique d'une facilité d'accès, à savoir l'espoir de faire baisser leur taux de recours aux interruptions volontaires de grossesse, n'a pas été atteint.

Il convient toutefois de souligner que les freins procéduraux constatés dans la délivrance de la contraception d'urgence dans les infirmeries scolaires résultent des contraintes posées par le Législateur lui-même, qui s'écartant sur ce point du projet de loi qui lui était présenté, a voulu faire de cette délivrance une voie de dernier recours, une fois l'épuisement des autres possibilités de délivrance dûment constaté.

D. L'INVESTISSEMENT DES PERSONNELS DE SANTÉ SCOLAIRE DANS LES ACTIONS D'ÉDUCATION À LA SANTÉ TROUVE PEU DE RELAIS CLAIREMENT IDENTIFIÉS AU SEIN DE LA COMMUNAUTÉ ÉDUCATIVE

1. Les personnels de santé scolaire, et en particulier les infirmières scolaires, sont un élément essentiel du dispositif d'éducation à la santé

Les personnels de santé de l'éducation nationale rencontrés par la mission parlementaire ont unanimement fait état de leur intérêt pour les actions d'éducation pour la santé à destination des élèves dont ils soulignent l'importance en matière de prévention. Les médecins scolaires regrettent toutefois de ne pas avoir le temps de participer aux actions collectives d'éducation en santé, compte tenu de leur charge de travail pour l'analyse des cas individuels.

Dans la pratique, les infirmier(ière)s de l'éducation nationale jouent un rôle moteur, grâce à leur participation aux Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), pour l'instruction des dossiers et la mise en oeuvre des actions collectives d'éducation à la santé, notamment avec le concours de partenaires extérieurs.

Ainsi, dans la majorité des rectorats, le suivi et la coordination des actions d'éducation à la santé font partie du portefeuille d'activité confié aux infirmières conseillères techniques départementales ou rectorales en charge de l'animation du réseau des infirmières de santé scolaire, les médecins conseillers techniques assurant une supervision du dispositif, notamment au niveau des agréments des intervenants extérieurs.

2. Les experts en santé de l'adolescent s'accordent à souligner l'importance d'une éducation à la santé dispensée précocement

S'appuyant sur des comparaisons internationales réalisées sous l'égide de l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE) (1), le P^f Maurice Tubiana, auditionné par la mission le 17 mai 2011, a souligné un problème sanitaire majeur pour la population juvénile française que représente la surmortalité des adolescents, due non à des maladies mais à une pratique plus répandue de comportements à risques de toutes natures (conduites addictives, pratiques dangereuses, relations sexuelles non protégées,...). Pour le P^f Tubiana, ces résultats sont dus à une mauvaise performance du système de santé et du système éducatif dans le domaine de la prévention sanitaire en faveur des enfants : *« les récentes comparaisons internationales [...] montrent que malgré le niveau élevé des dépenses consacrées à la santé et à l'éducation, la France est relativement mal classée, parmi les pays développés en matière de gestion pour la santé [des enfants et des adolescents], écrit-il dans un rapport (2) présenté devant l'Académie de médecine en 2010.*

(1) Assurer le bien-être des enfants, OCDE 2009.

(2) Éducation pour la santé à l'école, P^f Maurice Tubiana, Académie de médecine, 2010.

En matière d'éducation à la santé, l'accent doit être mis, recommande-t-il dès le très jeune âge « *sur le rôle de l'enfant dans son épanouissement et son bien être en prenant des exemples simples comme le sommeil, l'alimentation et la propreté* ».

La même vision inspire les conclusions des deux rapporteurs de la mission parlementaire de lutte contre les toxicomanies, qui a achevé ses travaux en juin 2011, Mme Françoise Branget, députée, et M. Gilbert Barbier, sénateur, qui souhaitent que la lutte contre la drogue soit inscrite, pour plus d'efficacité, dans le cadre de la promotion de la santé : « *La prévention ne doit pas seulement viser à limiter la consommation de drogues mais aussi promouvoir, notamment auprès du public des enfants et des adolescents, l'acquisition de comportements faisant obstacle aux risques de troubles qu'il s'agit de prévenir. La prévention ne vise donc pas uniquement tel ou tel produit ou telle ou telle catégorie de produits mais tend à renforcer la capacité des personnes à se protéger et s'assumer pleinement.* »⁽¹⁾

À l'instar du P^F Maurice Tubiana, les rapporteurs de la mission parlementaire constatent que « *les témoignages recueillis par la mission d'information établissent de façon convaincante que, plus l'expérience de la drogue est précoce, plus le risque de voir un abus ou une dépendance se manifester par la suite est sensible. La consommation avant l'âge de douze ans apparaît, en particulier, comme un facteur prédictif de la possibilité d'une dépendance à la fin de l'adolescence. Il convient manifestement d'intervenir bien avant : dès l'école primaire [...] S'il était une seule leçon à retenir des auditions de la mission d'information, ce serait en effet le caractère prioritaire de la prévention destinée aux plus jeunes. Dès lors, sans méconnaître les efforts menés dans l'ensemble de l'éducation nationale et ailleurs, vos rapporteurs ont choisi de mettre en exergue le rôle central des services de santé scolaire dans le travail de prévention à mener, tout en insistant par ailleurs sur la nécessaire association des familles, trop souvent tenues à l'écart, en fonction, sans doute, de choix méthodologiques dépassés.* »

Cette recommandation intervient à un moment stratégique, puisque, explique-t-il en introduction de son rapport devant l'Académie de médecine, les changements dans les modalités de formation des maîtres, dont la responsabilité est maintenant transférée aux universités, conduisent à s'interroger sur le contenu des enseignements qui seront dispensée par ces dernières et sur la place qui sera donnée à l'éducation à la santé dans les formations initiales des enseignants.

Ainsi, une des recommandations adoptées par l'Académie de médecine sur proposition du P^F Maurice Tubiana préconise qu'« *une politique globale, interministérielle de santé de l'enfant et de l'adolescent devrait présider à l'organisation de liaisons structurelles entre l'État (éducation nationale), les*

(1) Rapport d'information sur les toxicomanies, présenté par Mme Françoise Branget, députée, et M. Gilbert Barbier, sénateur, le 30 juin 2011.

autorités locales et les instances médico-sociales (PMI...). Elle devrait apporter une aide à l'ensemble des personnels de l'éducation nationale. Cette politique devrait servir de base à l'élaboration des programmes de formation des enseignants que ce soit dans les masters des universités ou dans les sessions de formation continue, ainsi que pour la définition des missions des médecins et personnels de santé scolaire. »

3. Sur le terrain, la situation semble avoir peu progressé depuis le constat d'insuffisance dressé par une mission commune des inspections générales de l'éducation nationale et des affaires sociales en 2004

En juin 2003, une mission sur l'évaluation du dispositif d'éducation à la santé institué par la circulaire du 24 novembre 1998 a été demandée par le ministre de la Jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, le ministre délégué à l'enseignement scolaire et le ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, à trois corps d'inspection générale (inspection générale de l'éducation nationale, inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et inspection générale des affaires sociales).

Le rapport remis aux trois ministres par la mission commune, composée de six membres des inspections générales précitées, a été réalisé sur la base de constats faits au niveau national et dans six académies (Aix-marseille, Caen, Clermont-Ferrand, Lille, Nancy-Metz, Rennes) ⁽¹⁾.

Dans son constat, la mission commune a mis l'accent sur un fort « *hiatus entre un enjeu national bien décrit et traduit dans la circulaire du 24 novembre 1998 (et dans bien d'autres circulaires, en particulier celle du 1^{er} décembre 2003) et la réalité constatée* ».

Tout en reconnaissant qu'il est difficile de décrire les modalités, d'en apprécier le bien fondé, la cohérence et l'efficacité au regard des publics concernés, la mission commune a ainsi considéré que, dans la majorité des cas, les actions d'éducation à la santé mises en oeuvre dans les écoles, collèges et lycées, présentaient « *un caractère ponctuel voire conjoncturel, et qu'elles ne s'inscrivent pas dans un programme d'action formalisé. [...]. Les établissements ayant conçu et mis en oeuvre dans le cadre du projet d'établissement une démarche globale, cohérente et progressive d'éducation à la santé, conforme aux prescriptions de la circulaire de novembre 1998, constituent des exceptions. Les responsables académiques n'ont pas caché à la mission qu'il leur était difficile d'indiquer des exemples de réalisations de ce type.* »

(1) Rapport de l'inspection générale de l'éducation nationale, de l'inspection de l'administration de l'éducation nationale et de l'inspection des affaires sociales, portant sur l'évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège, remis en janvier 2004 aux ministres de l'Éducation nationale, de la Santé et de l'enseignement scolaire. Mmes Annie Mamecier, Évelyne Ravary, Françoise Boutet-Waiss, MM. Joël Sallé, Pierre Naves et Mme Patricia Vienne.

La répartition des rôles entre les acteurs sanitaires dans les établissements d'enseignement était apparue à la mission commune très tributaire des éléments humains : « *Le rôle des chefs d'établissement est [...] très variable. Ils sont parfois les initiateurs mais le plus souvent des facilitateurs pour la réalisation de projets conçus par des personnels de l'établissement. Le véritable pilote des actions d'éducation à la santé reste le plus souvent l'infirmière. D'autres personnels participent à des degrés divers mais exceptés les professeurs de sciences de la vie et de la Terre (SVT), ils ont rarement le même rôle moteur. Trop souvent le pilotage, par le chef d'établissement ou par d'autres personnels, se résume à un simple transfert de la responsabilité éducative vers des structures extérieures généralement associatives. Il s'agit là d'une véritable sous-traitance plus ou moins encadrée.* »

Dans les établissements d'enseignement du second degré, la mission a constaté que les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté ne jouaient pas toujours leur rôle. « *Les circulaires confient au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) un rôle pivot dans l'organisation des actions, notamment lors de la conception, afin de "contribuer à établir un diagnostic de l'établissement", puis "d'assurer la coordination et le suivi des interventions des partenaires" et enfin, "d'établir un bilan annuel de l'éducation à la santé". Dans la réalité, il apparaît que les CESC fonctionnent dans certains cas en cohérence avec une politique globale ; d'autres n'existent que sur le papier. [...] Il ne faut pas cacher que dans un certain nombre de cas, le CESC n'est jamais ou rarement réuni. Les chefs d'établissements expliquent qu'ils ne perçoivent pas l'utilité de la structure qui « n'intéresse personne et ne sert en fait qu'à justifier des demandes de subvention ». Les CESC créés en inter établissement avec un établissement support sont rares, ce qui est regrettable car dans certains cas (ZEP, régions présentant des données médico-sociales particulières...), ils permettent d'engager des actions de grande ampleur.* »

Dans les établissements d'enseignement primaire, l'éducation à la santé souffre de plus de l'absence d'infrastructures sanitaires présentes sur le terrain. « *Le premier degré est beaucoup plus en retard, il n'y a pas de CESC (alors que la circulaire du 1er juillet 1998 incitait à la généralisation de ce dispositif), pas d'infirmière et les médecins de l'éducation nationale sont accaparés par les bilans de santé. Tout repose donc sur la motivation et la capacité d'initiative des maîtres. Dans ce cadre le rôle du directeur et celui de l'inspecteur de l'éducation nationale (IEN) sont absolument déterminants.* »

Dans le prolongement de l'audition du P^f Maurice Tubiana, la mission parlementaire a auditionné l'une des auteures du rapport de la mission commune des trois inspections générales, Mme Annie Mamecier, inspectrice générale de l'éducation nationale, ainsi que M. Jean-Louis Michard, également membre de l'inspection générale de l'éducation nationale, qui fut longtemps en charge de ce dossier à l'inspection. Ces deux hauts fonctionnaires ont confirmé à la mission parlementaire la précarité des résultats obtenus par le dispositif actuel d'éducation à la santé.

S'il organise une bonne visibilité des actions d'éducation à la santé au sein des établissements scolaires du second degré, le pilotage confié aux comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté des établissements n'a pas permis de résoudre un certain nombre de difficultés structurelles, que la mission parlementaire a pu discerner au cours de ses échanges avec les personnels de l'éducation nationale rencontrés.

Faute d'interlocuteurs clairement identifiés au sein de la communauté éducative, les établissements se tournent souvent vers des intervenants extérieurs, dont l'action rencontre plusieurs limites. Le faible niveau des budgets consacrés à ces interventions restreint en effet le périmètre des intervenants susceptibles d'être sollicités aux structures locales de promotion de la santé qui reçoivent des subventions par les pouvoirs publics pour conduire ce type d'actions. Ainsi, les actions d'éducation à la santé réalisées sont-elles tributaires du tissu local associatif et, en la matière, comme le remarque Mme Christine Cordoliani, médecin conseillère technique auprès du recteur de Versailles, certaines portions de l'académie peuvent être de véritables « *déserts associatifs* ». D'autre part, la recherche de financements complémentaires se heurte elle aussi à des difficultés, certaines structures, telles que les Agences régionales de santé, étant réticentes à financer des projets jugés de montants trop faibles et trop éparpillés, tandis que d'autres financeurs, plus réactifs, comme les collectivités territoriales, ne sont pas toujours en mesure de définir des priorités stables d'une année sur l'autre.

Ces difficultés expliquent le taux de rotation malheureusement rapide des personnels de l'éducation nationale volontaires porteurs des projets d'éducation à la santé, lesquels demandent de leur part des savoirs faire en matière d'instruction de dossiers de projet et de recherche de financements auxquels ils ne sont pas toujours préparés.

Pour pallier ces effets les plus perceptibles, certaines académies ont mis en place un réseau de correspondants désignés au sein de chaque bassin d'éducation en tant que référents en matière d'éducation à la santé pour les établissements de leur bassin. Il apparaît néanmoins que le choix de s'appuyer sur des intervenants extérieurs ne permet pas, faute d'interlocuteurs disponibles dans tous les bassins d'éducation, de réaliser des actions d'éducation à la santé sur l'ensemble des thèmes prescrits par la loi (éducation à la sexualité et information sur les conséquences de la consommation d'alcool et de drogue) ou indiqués comme prioritaires par le ministre de l'Education nationale dans la circulaire annuelle de rentrée. La mission parlementaire a noté, à cet égard, avec intérêt qu'une majorité des services municipaux de santé existants, offrant un taux de présence infirmier dans les établissements primaires supérieur à celui assuré par l'éducation nationale, ont favorisé la création en leur sein de programmes d'éducation à la santé à destination des jeunes enfants, qui sont dispensés par les infirmières sur demande des enseignants de leur secteur ou de manière systématique.

Par ailleurs, la qualité des actions d'éducation à la santé dispensées dans les établissements est encore mal évaluée, ces actions ne faisant l'objet que d'un

suivi quantitatif de la part des rectorats, qui avouent ne pas toujours disposer des informations suffisantes lorsque les actions réalisées ne bénéficient pas de financement spécifique de la part de l'éducation nationale. Interrogé sur ce point, le ministère de l'Éducation nationale a indiqué qu'une action d'évaluation de portée nationale venait d'être engagée sur cette question.

TROISIÈME PARTIE – LES PRÉCONISATIONS DE LA MISSION PARLEMENTAIRE : UNE MÉDECINE SCOLAIRE RENFORCÉE AU SEIN D'UN SYSTÈME DE PRÉVENTION ORGANISÉ AUTOUR DE L'ENFANT

Depuis sa fondation en 1945, la médecine scolaire a traversé plusieurs crises. Idée généreuse autant que républicaine, la médecine scolaire, initiée dans le contexte de redressement national qui a marqué l'après-guerre, s'est trouvée à plusieurs reprises confrontée à une pénurie de moyens, conduisant à s'interroger sur le sens profond de ses missions, qui sont nombreuses, et sur les attentes de la société à son égard. En 1989, le P^F Jean-Pierre Deschamps, qui fut un des pionniers de la santé publique française, s'écriait ainsi dans un éditorial « *Oui, il faut sauver la médecine scolaire !* »

La médecine scolaire est à nouveau à la croisée des chemins. L'écart n'a jamais été aussi grand qu'aujourd'hui entre les missions qui lui sont confiées, de plus en plus nombreuses, et ses ressources, qui, après avoir connu un renforcement au début des années 2000, connaissent désormais une phase de décrue démographique majeure.

Au vu des conclusions de l'évaluation rendue par la Cour des comptes, confortées par leurs propres investigations sous la forme d'auditions, de questionnements écrits et de missions sur le terrain, les rapporteurs ont constaté que la médecine scolaire, prenant acte de l'évolution du champ de la santé à l'école, avait su se mobiliser massivement pour permettre à l'éducation nationale de relever au cours de la décennie qui vient de s'écouler, deux grands défis : la scolarisation des enfants handicapés ou souffrant de maladie chronique et la détection des troubles du langage et de l'apprentissage. De plus, la mission a constaté qu'en leur qualité de professionnels de santé, les personnels infirmiers de l'éducation nationale occupaient aujourd'hui un rôle majeur dans le dispositif d'éducation à la santé et la prise en charge des situations de souffrance psychiques dans les établissements du second degré.

Toutefois, cette réussite, obtenue sans l'octroi de moyens supplémentaires, a nui à l'atteinte des objectifs officiellement assignés à la médecine scolaire, en particulier à la réalisation de bilans de santé systématique en milieu scolaire. De plus, si la mission parlementaire a pu vérifier que l'intervention des personnels de santé s'inscrivait dans le cadre de plusieurs politiques publiques qui sont toujours au cœur des préoccupations des pouvoirs publics, elle a aussi constaté que les textes qui régissent cette action sont anciens et ne sont plus en mesure de replacer les tâches attendues de la part de ces personnels dans une architecture d'ensemble.

Ce phénomène de dilution des enjeux est particulièrement perceptible dans le domaine de la politique sanitaire, qui, bien qu'elle ait fait l'objet d'un

renforcement par le Législateur en 2007, est souvent perçue par le ministère de l'Éducation nationale comme une simple politique d'appui à la politique éducative menée par celui-ci.

Par ailleurs, la mission parlementaire a mis en évidence que la profession de médecin scolaire était menacée par des perspectives démographiques encore plus défavorables que pour le reste des professions médicales. La cause réside dans l'insuffisante attractivité de la carrière proposée au sein du ministère de l'Éducation nationale, notamment aux yeux des jeunes médecins. Malgré les spécificités d'un exercice médical dont tous soulignent la variété et l'intérêt, les signes, relevés par la mission parlementaire, d'une désaffection à l'égard des conditions de travail proposées montrent l'urgence de mesures correctives, sous peine d'enregistrer une baisse très rapide des effectifs dans les cinq prochaines années.

Enfin, la mission parlementaire a relevé, à l'instar de la Cour des comptes, que les fonctions de pilotage de la médecine scolaire étaient assumées par un système trop centralisé qui ne donnait pas à celle-ci l'autonomie nécessaire et la capacité de s'adapter à la nature des enjeux de santé actuels. L'analyse menée par la Cour des comptes a en effet montré que le pilotage assuré par l'administration centrale de l'éducation nationale s'avère déconnecté de la réalité des besoins sanitaires tandis que les services rectoraux, concentrés autour de l'objectif de réussite scolaire assigné à l'école, mobilisent peu de moyens pour les activités qui ne concourent pas directement à cet objectif.

La place de la médecine scolaire au sein de la politique sanitaire en faveur des enfants doit en conséquence être clarifiée.

Pas plus qu'elle ne peut prétendre être le centre organisateur de la prévention sanitaire en faveur de l'enfant et de l'adolescent que certains attendent, la médecine scolaire ne doit pas être une cheville ouvrière sans intelligence, réalisant à l'aveugle des tâches de dépistage dont elle n'aurait pas à connaître les suites données.

M. Didier Houssin, ancien directeur général de la santé au ministère de la santé, a rappelé à juste titre devant la mission qu'il est illusoire de tenir le médecin scolaire pour responsable de la politique de prévention en direction des enfants, ou d'imaginer qu'il puisse l'être. En l'état de notre système de santé, il a ajouté que cette mission est hors de portée d'un seul acteur de santé : le médecin scolaire a certainement une place au sein de la prévention sanitaire mais l'efficacité de son action dépend du degré de coordination de l'ensemble du système de santé ⁽¹⁾.

La médecine scolaire doit pouvoir se positionner au sein du système de la prévention sanitaire et se faire reconnaître parmi ces acteurs comme un partenaire actif, ayant la capacité d'engager des moyens propres autour des objectifs communs clairement identifiés. Pour cela, il faut que la médecine scolaire dispose

(1) *Audition du 27 septembre 2011.*

d'une certaine autonomie dans la gestion des moyens dont elle dispose, et que ses structures de direction soient dotées des instruments nécessaires à un vrai pilotage, c'est-à-dire de véritables capacités d'analyse des besoins sanitaires et d'évaluation des actions engagées.

Loin d'être un luxe dans la situation de crise de la médecine scolaire actuelle, cette réflexion sur le système sanitaire français et le positionnement de la médecine scolaire apparaît aux yeux des rapporteurs comme préalable à une redéfinition des missions de la santé scolaire, que nombre de ses personnels appellent de leurs vœux face à l'empilement des tâches qui les submergent. Si au terme de cette mission, les rapporteurs considèrent qu'ils n'ont pas la compétence médicale nécessaire pour trancher la question cruciale de savoir s'il convient au nom du réalisme d'abandonner une mission plutôt qu'une autre, ils sont convaincus qu'une solution satisfaisante ne pourra apparaître que dans un cadre plus large intégrant l'action coordonnée de l'ensemble des acteurs de la prévention sanitaire.

Face au constat que la situation dégradée dans laquelle la médecine scolaire est aujourd'hui trouve sa cause profonde dans les carences de la prévention sanitaire autour de l'enfant – insuffisance des moyens mis en œuvre et coordination des acteurs sanitaires globalement médiocre – les rapporteurs entendent donc affirmer leur conviction que les solutions à la crise actuelle sont à rechercher dans le cadre d'une politique globale de renforcement de la prévention autour de l'enfant, qui se développerait selon les axes suivants :

- l'institution d'une instance nationale interministérielle chargée de définir les axes d'une politique de santé et de prévention des risques sanitaires en faveur des enfants ;

- la mise en place dans le cadre des politiques régionales de santé pilotées par les ARS d'un système de prévention coordonné autour de l'enfant, bénéficiant de financements spécifiques et d'une capacité opérationnelle pour l'élaboration de diagnostics territoriaux et l'évaluation des actions de promotion de la santé ;

- le regroupement des corps de médecins exerçant des missions de prévention dans les différents ministères, au sein d'un corps unique de médecins de prévention, interministériel et assorti de différentes spécialités, afin de promouvoir le travail en réseau, la mobilité professionnelle et d'ouvrir des perspectives de carrière plus diversifiées pour ces acteurs de prévention ;

- l'inscription de la promotion de la santé dans le code de l'éducation comme une mission à part entière de l'école, se déployant selon trois axes :

- la prise en compte de la santé en milieu scolaire comme un déterminant de la réussite scolaire des élèves ;

- le développement des compétences des élèves en matière de santé afin de leur permettre d'adopter des comportements favorables à celle-ci ;

– la participation à la politique de santé publique en direction des enfants et des adolescents.

- l'amélioration du pilotage ministériel de la médecine scolaire par la création d'organes de pilotage disposant d'une certaine autonomie de gestion au niveau national et rectoral, afin d'améliorer la prise en compte des objectifs nationaux ou régionaux de santé publique ainsi que l'insertion dans un système de prévention coordonné autour de l'enfant ;

- le renforcement de la lutte contre les inégalités de santé par l'amélioration de l'accès aux soins pour les populations en situation de précarité et par le développement des fonctions d'accompagnement des familles dans l'accès aux soins.

Par ailleurs, le renforcement de la prévention autour de l'enfant ne peut produire pleinement ses effets sans s'appuyer sur un dispositif de médecine scolaire dont l'efficacité ne soit garantie et la pérennité assurée.

Ces recommandations, qui s'appuient notamment sur les conclusions de la contribution de la Cour des comptes à l'évaluation de la médecine scolaire demandée par le Comité d'évaluation et de contrôle, rejoignent celles que formule la Cour des comptes dans le rapport sur la prévention sanitaire que celle-ci vient de remettre à la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale en octobre 2011, concluant à la nécessité d'une réforme du système de prévention français visant à réorganiser celui-ci dans le sens d'une meilleure définition des champs d'intervention et d'une plus grande efficacité globale.

*

* *

I. LE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE PRÉVENTION À L'ÉGARD DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS EST LA CONDITION PREMIÈRE D'UNE MEILLEURE EFFICACITÉ DE LA MÉDECINE SCOLAIRE.

A. INSTALLER UN ORGANE COMPOSÉ D'EXPERTS EN SANTÉ PUBLIQUE CHARGÉS DE CONSEILLER LE PARLEMENT ET LE GOUVERNEMENT SUR LA POLITIQUE DE SANTÉ EN DIRECTION DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS.

L'amélioration de la coordination des acteurs de santé revêt une importance particulière dans le domaine de la prévention. Dans un de ses rapports consacré à ce thème, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) souligne que *« dans la perspective d'une organisation renouvelée de la médecine de premier recours et d'une place reconnue à la prévention, il est indispensable de redéfinir les modalités d'intervention entre, d'une part, le médecin traitant, et d'autre part, des activités donnant lieu à des consultations à orientations principalement préventives : protection maternelle et infantile, médecine scolaire et universitaire, médecine du travail »*.⁽¹⁾

Pour l'enfant, ce problème prend une dimension particulière compte tenu de l'importance des actions à visée préventive dans la médecine de l'enfant. Par ailleurs, les dysfonctionnements de la prise en charge sanitaire des enfants et des adolescents par le système de santé français, caractérisé par une mauvaise définition du champ d'intervention des différents spécialistes de cette médecine, ont été pointés auprès de la mission parlementaire par le P^r Danièle Sommelet, auteure il y a quelques années d'un rapport éminent sur le sujet⁽²⁾.

Celle-ci souligne à juste titre que notre système de santé souffre de l'absence d'un organe d'expertise chargé de réfléchir aux différents aspects de la politique de santé envers les enfants et les adolescents et qui soit chargé de conseiller le Parlement et le Gouvernement sur :

- la situation sanitaire des enfants et des adolescents ;
- l'efficacité de la politique de santé en faveur de l'enfant ;
- la répartition des rôles entre les acteurs de cette politique.

(1) *Le Haut conseil de la santé publique ajoute* : « Ce chantier nécessiterait une (ou des) saisine(s) particulière(s) faite(s) au HCSP ». Les consultations de prévention, *rapport du Haut conseil de la santé publique*, mars 2009.

(2) L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé, P^r Danièle Sommelet, mars 2007.

Ce rôle pourrait être confié à une instance *ad hoc* du HCSP conformément aux missions de cet organisme définies par l'article L. 1411-4 du code de la santé publique, qui prévoit que le HCSP fournit aux pouvoirs publics :

– « *l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention* » (article L. 1411-4 paragraphe 2) ;

– « *des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique* » (article L. 1411-4 paragraphe 3).

Cet organe serait, entre autres, chargé d'évaluer l'intérêt des actions menées en milieu scolaire au regard des autres modes d'intervention possibles, à l'instar de ce qui a été entrepris par exemple pour l'évaluation du dispositif de consultation de prévention à destination des adolescents de 12-13 ans.

Dans le cas particulier de ce dispositif lancé à titre expérimental dans trois départements, l'évaluation à laquelle avait procédé la CNAMTS avait ainsi pointé des résultats décevants auprès des jeunes les plus éloignés du système de soins et fait état de l'avis d'un certain nombre d'experts selon lesquels le recours à la médecine scolaire aurait été plus efficace et plus égalitaire que la formule choisie ⁽¹⁾.

B. DOTER LA MÉDECINE DE PRÉVENTION D'UN CADRE STATUTAIRE COMMUN POUR LES PERSONNELS MÉDICAUX AU SEIN DE LA FONCTION PUBLIQUE.

Face aux défis que représente l'évolution de la démographie médicale pour le recrutement de médecins de prévention dans la fonction publique et en particulier pour la médecine scolaire, les rapporteurs préconisent une approche commune à tous les corps médicaux concernés, afin d'améliorer l'attractivité de ces métiers par un statut rénové dans un cadre interministériel, de faciliter la mobilité professionnelle et de permettre la délivrance d'une formation statutaire initiale et continue organisée autour d'un socle commun.

Les investigations de la mission parlementaire ont en effet conduit les rapporteurs à constater que même si la médecine scolaire rencontrait des difficultés spécifiques, un certain nombre de problèmes identifiés étaient communs aux différentes catégories de médecins de prévention au sein de la fonction publique. L'ensemble des métiers de la médecine préventive se trouvent confrontés à la perspective de vacances de poste importantes, liées à des départs en retraite massifs dans les prochaines années, alors que les spécialisations relevant de cette médecine souffrent d'un désintérêt certain auprès des étudiants en médecine : sur les 11 filières de spécialisation actuellement ouvertes à l'issue de l'examen national classant, lors de la sixième année de médecine, les spécialités de

(1) La prévention sanitaire, *Cour des comptes, rapport remis au Parlement, octobre 2011.*

médecine du travail et de santé publique sont respectivement classées au 10^e et au 11^e rang dans les choix des étudiants ⁽¹⁾.

Par ailleurs, il est nécessaire de renforcer la coordination entre les acteurs de prévention en développant les liens professionnels qu'il importe qu'ils établissent, grâce à l'introduction d'enseignements communs à toutes les branches de la médecine préventive et à l'aménagement de passerelles entre les différents exercices de la médecine préventive dans le cadre d'un parcours professionnel.

Ces différentes considérations conduisent les rapporteurs à recommander la création d'un corps interministériel offrant un statut commun pour les médecins de prévention à niveau de recrutement équivalent. Ce statut pourrait servir de base à la mise en place d'une formation initiale donnée au sein de la fonction publique pendant l'année de stage, articulée autour d'un tronc d'enseignements communs et de différents modules de spécialisation.

La création d'un statut interministériel ne remettrait toutefois pas en cause les particularités de chaque exercice médical, dans la mesure où il serait complété par les cadres d'emploi que chaque ministère employeur est amené à définir pour ses agents, à l'instar de ce que représente dans l'éducation nationale le contenu des circulaires du 12 janvier 2001 pour les personnels de santé de ce ministère.

Cette perspective ne doit par ailleurs nullement remettre en cause les améliorations indiciaires actuellement envisagées concernant les médecins scolaires, indispensables dans le contexte actuel mais qui ne sauraient constituer une réponse définitive au problème de fond posé.

II. LA PLACE DE LA SANTÉ AU SEIN DE L'ÉCOLE DOIT ÉGALEMENT ÊTRE RÉAFFIRMÉE

A. CLARIFIER LE CONTENU DE LA MISSION DE PROMOTION DE LA SANTÉ CONFIEE À L'ÉCOLE.

Ainsi qu'a pu le constater la mission parlementaire, le contenu de la mission de promotion de la santé confiée au ministre de l'Éducation nationale n'a cessé, en l'absence d'une définition claire, de faire l'objet d'interprétations plurielles modifiant le périmètre même de cette mission.

Il est donc nécessaire de réaffirmer la place essentielle que la santé des élèves doit avoir pour l'institution scolaire et le caractère multidimensionnel de la mission de promotion de la santé confiée à l'école.

(1) Les onze spécialités disponibles à l'issue de l'ECN sont : médecine générale, spécialités médicales, spécialités chirurgicales, pédiatrie, gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale, anesthésie-réanimation, psychiatrie, santé publique, médecine du travail, biologie médicale.

Bien que subsidiaire par rapport à la responsabilité parentale, la responsabilité de l'école à l'égard de la santé des élèves scolarisés n'en est pas moins réelle. Elle se décline en trois objectifs principaux :

– parce qu'une bonne santé est un facteur de succès scolaire, l'école, qui a fait de la réussite du projet de formation de ses élèves le cœur de sa mission, ne peut négliger ce déterminant. Elle doit en particulier s'efforcer de dépister précocement les difficultés des élèves susceptibles d'entraver leur scolarité (repérage des troubles du langage et de l'apprentissage), mais elle doit aussi faciliter l'insertion dans l'école des enfants souffrant d'une maladie ou d'un handicap ;

– la mission éducative de l'école intègre l'objectif de rendre les enfants autonomes et responsables à l'égard de leur propre santé, en leur apportant non seulement les connaissances scientifiques nécessaires mais aussi en leur inculquant les comportements allant dans le sens de sa préservation ;

– en tant qu'institution publique, l'école est non seulement un relais mais surtout un acteur à part entière des politiques de santé menées par l'État en direction des élèves dont elle a la charge.

Pour être reconnus, ces objectifs devraient se trouver explicités dans les textes officiels qui définissent les missions de l'école.

Par voie de conséquence, la mission de promotion de la santé devrait figurer au nombre des attributions officielles de la Direction générale de l'enseignement scolaire.

B. ADAPTER LES MODALITÉS DU SUIVI BUDGÉTAIRE RÉALISÉ PAR LE PARLEMENT

Les rapporteurs ne remettent pas en cause l'insertion de la mission de promotion de santé dans le programme budgétaire 230 « *Vie de l'élève* », dont la responsabilité est confiée au Directeur général de l'enseignement scolaire au sein du ministère de l'Éducation nationale, dans la mesure où les préoccupations transversales que regroupent ce programme (la lutte contre l'absentéisme, l'intégration scolaire des handicapés ou l'apprentissage de la responsabilité par exemple) s'inscrivent tout à fait dans la vision globale et positive de la santé à laquelle se réfère la mission de promotion de la santé.

Des améliorations s'avèrent toutefois nécessaires pour que le pilotage du ministère de l'Éducation nationale par la performance, au sens de la LOLF, prenne correctement en compte la mission qui lui est confiée dans le domaine de la santé à l'école.

À ce titre, la mission recommande :

– de modifier l’intitulé du programme 230, pour signifier l’importance donnée à la mission de promotion de la santé et son caractère global, en : « *Promotion de la santé et vie de l’élève* » ;

– de modifier en conséquence l’intitulé du deuxième objectif associé au programme 230, en « *Développer la prévention sanitaire en milieu scolaire* » ;

– d’introduire dans ce programme un nouvel objectif⁽¹⁾, associé à un indicateur d’impact, relatifs à la santé psychique des adolescents, conformément aux recommandations des spécialistes en santé publique qui voient dans la surmortalité des jeunes de 12 à 25 ans le principal défaut de la politique de santé française en faveur des jeunes par rapport aux autres pays de l’OCDE.

III. UNE AMÉLIORATION DU DISPOSITIF DE MÉDECINE SCOLAIRE EST NÉCESSAIRE POUR QUE CELUI-CI PUISSE DÉPLOYER SON EFFICACITÉ OPTIMALE

A. LES AMÉLIORATIONS À APPORTER AU PILOTAGE DE LA MÉDECINE SCOLAIRE.

1. La question du rattachement de la médecine scolaire

Le fait de savoir si la médecine scolaire doit demeurer une compétence de l’État ou devrait devenir une compétence des collectivités territoriales est une question que le Législateur s’est posée à plusieurs reprises depuis la fondation d’un service national de médecine scolaire en 1945.

En 1982, lors des premières lois de décentralisation, le Législateur a ainsi écarté une disposition du projet de loi répartissant les compétences entre les collectivités territoriales et l’État en matière sanitaire et sociale, qui prévoyait le rattachement de la médecine scolaire aux départements.

De même, lors de l’examen en 2003 des projets de lois constituant l’acte II de la décentralisation, les députés ont à nouveau repoussé un article issu d’un amendement sénatorial confiant aux départements la responsabilité de l’organisation de la médecine scolaire.

Plus récemment, Mme Valérie Pécresse a consacré à la médecine scolaire un chapitre du rapport qu’elle a présenté en 2006 au nom de la mission de l’Assemblée nationale sur la famille et les droits de l’enfant. Prenant acte de l’insuffisance de moyens dont souffre la médecine scolaire, elle a proposé

(1) L’intitulé de ce deuxième objectif est actuellement « *Promouvoir la santé des élèves* ».

d'expérimenter dans des départements pilotes un élargissement de la compétence de la protection maternelle et infantile à l'ensemble des enfants en cycle primaire ⁽¹⁾.

Ces propositions ne sont pas étrangères au fait que les collectivités locales doivent prendre en charge depuis 1945 les charges matérielles relevant de la médecine scolaire, l'ordonnance 18 octobre 1945 prévoyant une participation des collectivités publiques « *aux dépenses occasionnées par les examens médicaux périodiques des élèves* » et imposant aux communes de plus de 5 000 habitants ainsi qu'à celles inscrites sur une liste fixée par arrêté ministériel de mettre en place à cette fin des centres médico-sociaux scolaires (CMS). Cette répartition des tâches n'a pas été remise en cause par les lois de décentralisation, le Conseil d'État saisi par les ministres de l'Éducation nationale et de l'Intérieur ayant confirmé dans un arrêt du 1^{er} décembre 1992 le caractère obligatoire que revêtaient les dépenses de fonctionnement et d'organisation des CMS ⁽²⁾. De plus, les collectivités territoriales assument depuis les lois de décentralisation de 1982 les charges afférentes à la construction des écoles, des collèges et des lycées, ce qui les conduit à intervenir dans la conception des infirmeries et des cabinets médicaux installés dans les établissements d'enseignement publics.

L'idée que la médecine scolaire aurait vocation à s'insérer au sein d'un bloc de compétences sanitaires et sociales transférées aux départements prend appui sur la valeur exemplaire de l'action de la dizaine de services municipaux de santé scolaire qui restent en fonction. L'existence de ces services municipaux principalement implantés dans des grandes villes et leur proche périphérie ⁽³⁾ sont un héritage de la période antérieure à l'ordonnance du 18 octobre 1945, laquelle a autorisé leur maintien dans les communes où ils étaient présents.

La mission parlementaire, qui a étudié en détails ces services, a pu constater que ceux-ci ne constituaient pas un modèle unique, mais plutôt des modèles alternatifs d'organisation de la médecine, parmi lesquels n'émergeait aucun modèle central, et que les succès incontestables obtenus sur le plan sanitaire par ces organisations reposaient avant toute chose sur le soutien financier très important consenti par les communes dont ils dépendent : d'après les calculs réalisés par la mission parlementaire à partir des chiffres communiqués par ces communes, l'effort financier engagé, rapporté au nombre d'élèves, était supérieur au double, voire au triple des sommes consacrées à la médecine scolaire par l'éducation nationale ⁽⁴⁾, alors même que ces services interviennent dans des tissus urbains très denses, ce qui tend à minorer les problèmes liés aux déplacements des personnels entre les établissements. On ne peut donc attendre de telles conséquences d'une généralisation de ce type de service dans les collectivités territoriales, alors même que, au plan national, la Cour des comptes a déjà souligné le niveau d'implication

(1) Rapport n° 2832 fait au nom de la mission d'information sur la famille et les droits des enfants, 25 janvier 2006, proposition n° 67.

(2) Conseil d'État, section de l'intérieur, avis n° 352 706 – 1^{er} décembre 1992

(3) Paris, Asnières et huit communes des Hauts-de-Seine ; Lyon, Villeurbanne et Vénissieux ; Bordeaux ; Nantes ; Clermont-Ferrand ; Grenoble ; Strasbourg ; Nice, Cannes et Antibes-Juan-les-Pins.

(4) Voir annexe 1 du rapport.

très variable des collectivités locales dans l'équipement des centres médico-scolaires dont elles ont la charge ⁽¹⁾.

En termes qualitatifs, il est intéressant toutefois de noter qu'une partie des succès obtenus dans le domaine sanitaire tiennent à une amélioration des fonctions d'accompagnement vers les soins, bien que celles-ci soient prises en charge de manière très différente suivant les services municipaux de santé ⁽²⁾.

De plus, l'exemple des services municipaux de santé démontre la capacité de ces structures à s'intégrer sans difficultés apparentes dans la communauté éducative, prenant en charge par exemple l'instruction des dossiers d'intégration scolaire des élèves handicapés (PPS) ou souffrant de maladie chronique (PAI), malgré la différence de statut des personnels.

À ce stade, les rapporteurs estiment cependant, à l'instar de la Cour des comptes, que la mobilisation des collectivités territoriales n'apporterait pas suffisamment de garantie d'une meilleure couverture des besoins sanitaires des élèves, plusieurs rapports de l'inspection générale des affaires sociales soulignant d'ailleurs également l'hétérogénéité des résultats obtenus dans ce cadre. ⁽³⁾

De plus, un découpage plus ciblé des compétences transférées, centré par exemple sur une délégation du suivi sanitaire scolaire dans les établissements primaires, comporterait des risques non négligeables de dispersion du service de santé scolaire actuellement géré par le ministère de l'Éducation nationale.

2. Individualiser les organes de pilotage de la médecine scolaire au sein du ministère de l'Éducation nationale

a) Au niveau national

Les rapporteurs partagent l'avis présenté la Cour des comptes selon lequel les défaillances relevées dans la contribution du ministère de l'Éducation nationale à la politique sanitaire menée en milieu scolaire tiennent en partie au manque d'expertise médicale à un niveau hiérarchique suffisant pour faire prévaloir une vision de santé publique lorsque des décisions sont à prendre.

Ce constat ne doit pas cependant remettre en cause le rattachement de la médecine scolaire au programme budgétaire 230 « *Vie de l'élève* », qui illustre pleinement le fait que la promotion de la santé est une mission de l'école dans son ensemble, sans être la prérogative de ses personnels de santé, et qu'elle doit mobiliser toutes les catégories de personnels. La mission parlementaire a par ailleurs entendu

(1) *Rapport de la Cour des comptes au Comité d'évaluation et de contrôle, page 80.*

(2) *Les fonctions d'accompagnement sont ainsi assurées par des personnels de santé au titre de la coordination des soins à Villeurbanne et par des assistantes sociales au titre de l'accompagnement social à Lyon.*

(3) *Étude sur la protection maternelle et infantile en France, inspection générale des affaires sociales, novembre 2006, Mmes Danièle Jourdain-Menninger, Bernadette Roussille, Patricia Vienne et M. Christophe Lannelongue.*

Évaluation des actions confiées par l'État aux services communaux d'hygiène et de santé, inspection générale des affaires sociales, octobre 2004.

l'argument présenté par la DGESCO, selon lequel le programme figure déjà parmi les plus petits programmes budgétaires existants et ne pouvait donc pas voir son périmètre réduit sans être remis en cause de manière plus fondamentale.

La participation de la médecine scolaire au programme 230 entraîne *de facto* son rattachement au directeur général de l'enseignement scolaire qui assure la responsabilité de ce programme devant le Parlement.

En tout état de cause, la question du rattachement de la médecine scolaire ne peut avoir un impact sur les règles d'organisation des administrations centrales, qui distinguent en matière de gestion des ressources humaines, les compétences réservées aux directions des ressources humaines et celles, résiduelles, qui reviennent aux directions techniques (notamment en matière de recrutement).

À partir de ces principes, les rapporteurs préconisent la création d'une structure administrative directement rattachée au directeur général de l'enseignement scolaire, ayant vocation à assurer le pilotage ministériel de la médecine scolaire, en coordination avec le délégué interministériel à la prévention sanitaire dont la Cour des comptes recommande par ailleurs la création ^{(1) (2)}.

Cette cellule de pilotage, dont la compétence médicale serait clairement affichée, se verrait plus particulièrement investie des fonctions suivantes :

– la conduite d'études épidémiologiques et la réalisation de diagnostics sanitaires fondés sur l'exploitation des données recueillies, en vue de dégager des axes d'intervention prioritaires en matière de politique sanitaire en milieu scolaire et d'orienter le déploiement des moyens propres à la médecine scolaire ;

– l'évaluation des différentes actions menées dans le cadre de la promotion de la santé en milieu scolaire afin de favoriser la diffusion des bonnes pratiques ;

– l'animation des cellules rectorales ayant les mêmes fonctions au niveau régional ;

– la mise en œuvre d'un plan informatique visant à doter les personnels médicaux d'un outil, unique et conforme aux normes de sécurité applicables pour les données de santé, qui permette :

- la gestion informatique des dossiers médicaux ;
- le transfert de ces dossiers au sein des services de santé scolaire ;
- l'extraction des données collectées en vue d'une exploitation pour des études épidémiologiques.

(1) *Rapport de la Cour des comptes sur la prévention sanitaire remis à la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, octobre 2011, recommandation n° 7* : « Afin de mettre en cohérence l'ensemble des plans concernant la prévention sanitaire, arbitrer les éventuels conflits d'intérêts et renforcer l'efficacité du pilotage de cette politique, donner au directeur général de la santé les compétences de délégué interministériel à la prévention sanitaire ».

(2) *Voir organigramme cible infra.*

b) Au niveau rectoral

À l'heure où se met en place la régionalisation des politiques de santé, sous l'égide des agences régionales de santé, il est essentiel que les services rectoraux de santé scolaires puissent se positionner comme des acteurs en capacité d'engager des partenariats actifs dans le domaine de la prévention sanitaire.

Si la référence aux politiques rectorales ne saurait exonérer l'administration centrale des responsabilités qui sont les siennes, en particulier dans l'attribution des moyens nécessaires pour répondre aux besoins prioritaires, il est clair que les politiques rectorales de santé auraient tout à gagner à pouvoir s'appuyer sur un service de santé scolaire spécifique, disposant de moyens propres et à même de réaliser pleinement les missions actuellement assignées aux personnels de santé conseillers techniques, mais sans les doter des moyens correspondants : élaborer, impulser, coordonner et évaluer la politique rectorale de santé. ⁽¹⁾

C'est notamment à ce niveau de décision que doivent être expérimentées et évaluées des solutions aux interrogations formulées par la Cour des comptes, dans ses conclusions, sur l'amélioration nécessaire des modes d'organisation territoriale de la médecine scolaire.

Pour mener à bien leurs nouvelles missions de diagnostic sanitaire et d'évaluation, les rectorats doivent pouvoir s'appuyer sur des observatoires régionaux d'épidémiologie scolaires qui puissent réunir au niveau régional tous les acteurs de santé impliqués dans la prévention en faveur des enfants et des adolescents – en particulier les agences régionales de santé et les collectivités territoriales – pour réaliser des études épidémiologiques locales, en vue d'élaborer des diagnostics et d'évaluer les actions engagées.

B. ASSURER LA PÉRENNITÉ DE LA SANTÉ SCOLAIRE PAR LA RECONSTITUTION D'UN VIVIER DE CANDIDATS POTENTIELS AUX CONCOURS DE MÉDECINS ET D'INFIRMIERS SCOLAIRES

Les particularités de l'exercice médical en milieu scolaire présentent un attrait pour les médecins de toutes spécialités – les médecins généralistes et les pédiatres notamment – permettant à la médecine scolaire de recruter des personnels médicaux bien au-delà des frontières de la médecine de prévention. Les témoignages sont nombreux de professionnels de santé devenus médecins scolaires après une première activité médicale en dehors du ministère de l'Éducation nationale, dans le secteur libéral ou en milieu hospitalier

Pour ces personnels, la pratique des vacations a constitué, dès l'origine de la médecine scolaire, une porte d'entrée dans la profession, non pas parce que ces personnels auraient été des supplétifs méconnus de la fonction publique, comme ce fut le cas d'un certain nombre de vacataires au sein du service public, mais

(1) Voir organigramme cible *infra*.

parce que les médecins ayant une autre activité médicale souhaitent pouvoir mieux connaître les particularités de l'exercice médical en milieu scolaire, soit dans le cadre d'un temps partagé avec un autre exercice médical salarié, soit en restant dans une zone géographique proche de leur résidence, avant de s'engager de manière définitive dans la fonction publique.

Pour différentes raisons, le vivier de futurs médecins titulaires ainsi représenté par les médecins scolaires vacataires est aujourd'hui tari, alors qu'il représentait selon le ministère de l'Éducation nationale 40 % des effectifs de médecins dans ce ministère en 2000. La première raison est qu'en assouplissant les règles d'intégration des médecins vacataires recrutés dans le cadre du concours interne qui leur est statutairement ouvert ⁽¹⁾, le ministère de l'Éducation nationale a autorisé un recrutement massif de médecins jusqu'alors vacataires (150 médecins sur 3 ans) ce qui a permis de compenser pendant une courte période le nombre de départs à la retraite. La seconde raison est que, parallèlement, les contraintes de gestion appliquées à ce système de vacations ont été durcies, avec une diminution de moitié des crédits de vacation délégués aux académies et des conditions contractuelles proposées aux médecins vacataires plus défavorables.

Le constat sur le terrain est donc celui d'une disparition rapide des emplois de médecins vacataires, avec la menace que cette disparition fait peser sur le futur recrutement en médecins scolaires.

S'il faut se féliciter que les médecins vacataires qui occupaient un emploi précaire aient pu trouver au sein de la fonction publique des conditions d'emploi plus conformes aux normes en vigueur, les rapporteurs appellent l'attention du ministre de l'Éducation nationale sur les risques que fait peser sur le recrutement des futurs médecins scolaires l'absence de cadre d'emploi que le ministère est en mesure de proposer aux médecins qui souhaiteraient collaborer, dans un premier temps de manière temporaire, aux missions de la médecine scolaire. En l'absence d'une solution plus satisfaisante, ils appellent à une nette amélioration des conditions d'emploi de ces médecins, tant du point de vue du taux horaire proposé, actuellement fixé à 17,5 euros l'heure, que du nombre d'heures de vacation par contrat.

C. AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DES ACTIONS DE DÉPISTAGE DE LA MÉDECINE SCOLAIRE

Malgré l'intérêt manifesté par les pouvoirs publics, notamment par la circulaire du ministre de l'Éducation nationale du 25 avril 2002 ⁽²⁾, sur les suites données par les familles aux avis médicaux formulés par les médecins scolaires dans le cadre des bilans de santé systématiques ou à l'occasion d'un examen à la demande, la mission parlementaire a pu constater que les initiatives destinées à

(1) Réponse à la question n° 76525 de M. Alain Bocquet du 9 août 2006 « Médecine scolaire et universitaire - Carrière des médecins vacataires titularisés ».

(2) Circulaire n° 2002-099 du 25 avril 2002 - Mise en place d'un dispositif de partenariat visant à améliorer le suivi et le recours aux soins des enfants repérés comme porteurs de problèmes de santé au cours de la visite médicale obligatoire effectuée au cours de la sixième année de l'enfant.

faciliter l'accès aux soins à l'issue d'un dépistage étaient peu nombreuses et le taux de recours aux soins est mal évalué, faute de moyens de secrétariat disponibles.

Les rapporteurs entendent souligner que le recours aux soins à l'issue des actions de dépistage systématiques prescrites par les pouvoirs publics est une variable essentielle de l'efficacité de ces actions, et qu'à ce titre les dispositifs destinés à faciliter l'accès aux soins à l'issue d'un dépistage doivent bénéficier d'un plus grand soutien de la part des pouvoirs publics, et notamment des agences régionales de santé.

1. Confirmer la faculté des médecins scolaires de prescrire des examens diagnostiques, et notamment des bilans orthophoniques

De nombreux acteurs de prévention ont regretté devant la mission parlementaire la complexité de la réglementation sociale actuelle qui conduit à ce que les avis médicaux émis par les médecins de l'éducation nationale doivent, dans certains départements, en fonction de la politique appliquée en la matière par les caisses primaires d'assurance maladies, être confirmés par une seconde visite effectuée auprès d'un médecin généraliste, alors même que ces avis portent sur la prescription d'actes de diagnostic, concernant notamment la réalisation de bilans orthophoniques.

Dans la mesure où la prescription d'actes de diagnostics ne contrevient pas à l'interdiction posée par le code de déontologie médicale aux médecins de prévention de prodiguer des soins curatifs ⁽¹⁾, il est légitime de s'interroger sur l'origine de ces interprétations divergentes et de demander au ministre chargé de la santé de lever les incertitudes existantes sur la possibilité pour les médecins de l'éducation nationale de prescrire des actes de diagnostic à l'issue d'un dépistage systématique.

2. Affirmer le caractère prioritaire de l'accompagnement aux soins dans les zones défavorisées sur le plan médico-social, en développant les fonctions d'accompagnement en santé des familles

Lors de ses déplacements sur le terrain, à l'occasion de tables rondes avec les professionnels de santé rencontrés à Villeurbanne et à Lyon ainsi que dans l'académie de Montpellier, la mission parlementaire a pu constater l'intérêt thérapeutique des initiatives locales destinées à promouvoir l'accompagnement dans le recours aux soins à la suite de dépistages réalisés en milieu scolaire, bien que de telles initiatives soient pour le moment peu connues et très dispersées.

Les témoignages entendus confirment les enjeux de santé particuliers que cette fonction d'accompagnement recouvre pour des populations déjà fragiles sur

(1) Article R. 4127-99 du code de la santé publique : « Sauf cas d'urgence ou prévu par la loi, un médecin qui assure un service de médecine préventive pour le compte d'une collectivité n'a pas le droit d'y donner des soins curatifs. Il doit adresser la personne qu'il a reconnue malade au médecin traitant ou à tout autre médecin désigné par celle-ci. »

le plan sanitaire, du fait d'obstacles socio-économiques multiples dans l'accès aux soins, tels que l'absence de médecin traitant, des difficultés de compréhension des termes médicaux ou des spécialisations de la médecine, de consultation, etc.

Si les problèmes d'accès aux soins font l'objet d'une réelle attention de la part des pouvoirs publics dans le cadre de la politique de lutte contre les inégalités de santé, ils représentent un enjeu particulier lorsqu'ils menacent de compromettre l'efficacité des actions de dépistage systématiques mises en place sur fonds publics. Ils ne doivent donc pas être laissés dans l'ombre.

C'est pourquoi, les rapporteurs recommandent que des instructions soient données aux agences régionales de santé par le ministère de la santé pour que les structures mises en place par des acteurs de santé locaux et dédiées à l'accompagnement des familles dans l'accès aux soins bénéficient de financements spécifiques et pérennes dès lors que ces structures inscrivent leur action dans le prolongement des bilans de santé mis en œuvre par les médecins scolaires dans les zones socialement défavorisées [anciennes ZEP (zones d'éducation prioritaires) et établissements ECLAIR (écoles, collèges et lycées pour l'ambition, l'innovation et la réussite)].

D. ÉVALUER LA PERTINENCE DES NOUVELLES ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE PRESCRITES EN MILIEU SCOLAIRE

Dès lors que ne sont pas levées les hypothèques qui obèrent l'avenir du service de santé scolaire, la participation de la médecine scolaire aux objectifs et aux plans nationaux de santé publique doit être réfléchie en tenant compte des moyens limités que celle-ci est en mesure de mobiliser.

Cette contrainte, dont il ne faut pas cacher qu'elle trouve sa source dans une approche réaliste de la situation, doit pousser les décideurs, et en particulier le Législateur, à sélectionner et à ne retenir que les actions les plus performantes en termes de santé publique.

Dans ce cadre, il paraît nécessaire aux yeux de la mission parlementaire que soient évalués plus précisément les bénéfices attendus des actions engagées le plus récemment et de saisir à cette fin le Haut conseil de la Santé publique (HCSP), qui est l'instance la plus à même de réaliser ces évaluations.

1. Saisir le Haut conseil de la santé publique sur la pertinence d'actions de dépistage systématiques lors de la 9^e, 12^e et 15^e année

Comme d'autres, et notamment la Cour des comptes, la mission parlementaire a fait le constat que faute d'avoir donné à la médecine scolaire les moyens supplémentaires évoqués lors de l'adoption par le Parlement de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, l'organisation d'un suivi sanitaire des enfants et des adolescents au sein de l'institution scolaire, sur la base d'une visite médicale régulière tous les 3 ans à partir de l'âge de 6 ans, est restée lettre morte.

Il faut d'ailleurs noter qu'aucun chiffre officiel des moyens nécessaires à la mise en œuvre de cette mesure législative n'a été entrepris, ce qui laisse la porte ouverte aux supputations : même un doublement des effectifs actuels de médecins scolaires suffirait-il à examiner quatre fois plus d'élèves qu'aujourd'hui ?

Par ailleurs, il est évident que l'objet de l'examen médical proposé évoluerait avec l'âge de l'élève et le dépistage tendrait progressivement à passer à un entretien de santé, davantage tourné vers la détection des souffrances psychiques, non moins chronophage, mais ne se justifiant peut-être pas de manière systématique.

Il conviendrait donc d'interroger le Haut conseil de la santé publique sur l'intérêt sanitaire de tels bilans de santé systématiques en milieu scolaire.

2. Saisir le Haut conseil de la santé publique sur la place des services de santé scolaires dans la détection et la prise en charge des « dys »

Les troubles du langage et de l'apprentissage, loin d'être la « *médicalisation abusive des difficultés scolaires* » que certains craignent, constituent certainement l'enjeu majeur de santé publique de ces dernières années en ce qui concerne la santé de l'enfant.

L'implication des médecins scolaires dans ce domaine, qui ont joué un rôle décisif dans l'émergence et la prise en charge de cette question de santé rejoint les préoccupations du Législateur, qui, en 2007, a inclus la détection des troubles du langage dans le bilan de santé prescrit à l'âge de 6 ans.

Toutefois, la séquence préconisée par le rapport de M. Jean-Claude Ringard⁽¹⁾ en 2000, confiant une mission de repérage aux enseignants, une mission de dépistage aux médecins scolaires ou de PMI et la réalisation du diagnostic aux centres de référence existants pour le traitement de ces troubles, semble être devenue obsolète au vu de l'affluence du nombre de cas détectés et de la saturation des centres de référence.

Il apparaît au vu de l'expérience acquise dans ce domaine par les académies les plus avancées sur ce sujet, et notamment l'académie d'Aix-Marseille, qu'une prise en charge adaptée et suffisamment précoce des enfants en milieu scolaire suppose la participation des médecins scolaires au diagnostic des cas les moins sévères, au travers peut-être d'un réseau de santé spécifique venant en soutien des centres de référence.

La généralisation d'un schéma de ce type ne sera pas sans conséquence sur l'utilisation des ressources affectées à la médecine scolaire, compte tenu de

(1) À propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique, *rapport remis par M. Jean-Charles Ringard, inspecteur d'Académie de Loire-Atlantique, à la ministre déléguée à l'enseignement scolaire en février 2000 et rendu public le 5 juillet 2000.*

l'investissement en formation et en temps pour de nouveaux examens médicaux que ce schéma suppose.

Il est donc proposé que le Haut conseil de la santé publique soit également saisi sur les modalités de détection et de prise en charge par le système de santé français des enfants souffrant de troubles du langage et de l'apprentissage.

E. RÉAFFIRMER LES ENJEUX DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ AU SEIN DE L'INSTITUTION SCOLAIRE

À la suite de l'audition de spécialistes de cette question – le P^r Maurice Tubiana, membre de l'Académie de médecine, auteur d'un rapport présenté devant cette institution ⁽¹⁾, Mme Annie Mamecier et M. Jean-Louis Michard, membres de l'inspection générale de l'éducation nationale –, la mission parlementaire ne peut que souligner la précarité des résultats obtenus par les programmes d'éducation à la santé menés au sein de l'institution scolaire, qui apparaissent encore trop souvent comme des greffons mal intégrés dans la politique éducative du ministère de l'Éducation nationale.

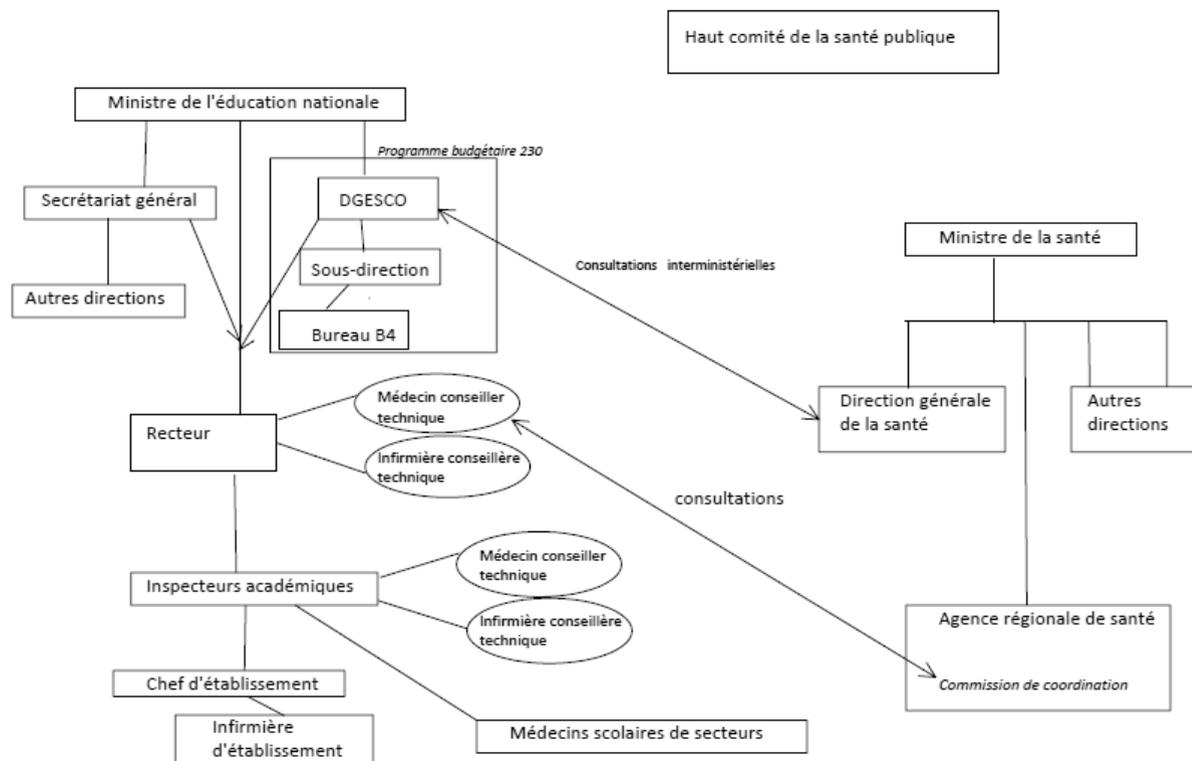
Si les personnels de santé ont pour mission d'être les garants du contenu et de la qualité des actions d'éducation à la santé, celle-ci ne pourra vraiment la place qu'elle doit avoir au sein de l'école sans la participation de l'ensemble de la communauté éducative et en particulier des enseignants, qui doivent être en mesure d'intégrer cette dimension éducative dans les enseignements qu'ils dispensent.

Dans ce contexte, conscients que ce sujet mériterait à lui seul une évaluation de niveau interministériel définissant de manière plus adaptée le contenu de cette mission de l'école, les rapporteurs tiennent à souligner que « *la priorité des priorités* » est aujourd'hui d'assurer la reprise des formations à l'éducation en santé par les universités, au moment où leur est transférée la responsabilité de la formation initiale des enseignants, sous peine d'encourir la perte de cet acquis « *qui nous ramènerait dix ans en arrière* » ⁽²⁾.

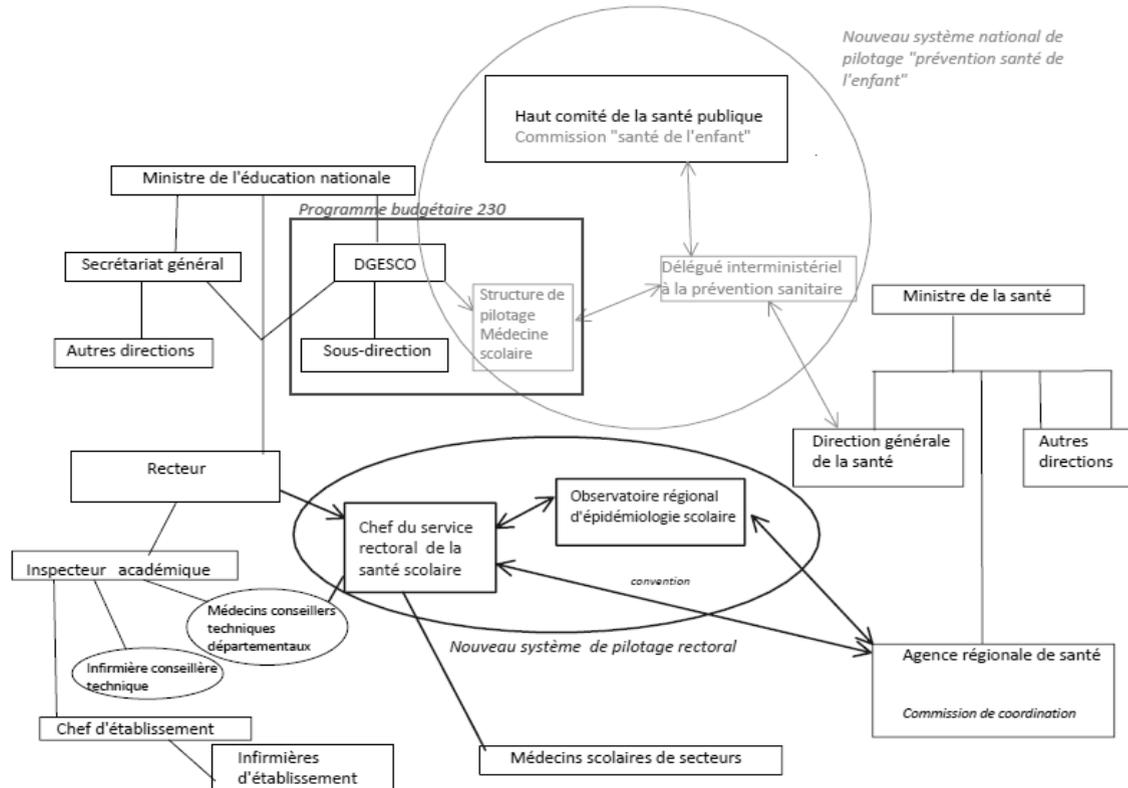
(1) L'éducation pour la santé à l'école élémentaire, une nécessité, *Maurice Tubiana, bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 2010, tome 194, n° 3, p. 647-662

(2) Pour reprendre les termes de M. Jean-Louis Michard, auditionné le 20 septembre 2011.

Organes de pilotage national et rectoral de la médecine scolaire Situation actuelle



Organes de pilotage national et rectoral de la médecine scolaire Situation cible



**AUDITION DE M. DIDIER MIGAUD,
PREMIER PRÉSIDENT DE LA COUR DES COMPTES
LE 6 OCTOBRE 2011**

M. Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes. Je suis très heureux de vous présenter aujourd’hui le rapport que la Cour a établi sur la médecine scolaire, afin de contribuer à son évaluation. Je le suis d’autant plus qu’il s’agit du premier rapport de la juridiction répondant à une commande passée par le Comité d’évaluation et de contrôle des politiques publiques de l’Assemblée nationale sur le fondement de l’article L. 132-5 du code des juridictions financières, issu de la proposition de loi du président Accoyer.

Nous avons souhaité adapter au mieux notre travail et nos méthodes en vue de remplir la mission définie par l’article 47-2 de la Constitution, aux termes duquel la Cour des comptes assiste le Parlement et le Gouvernement dans l’évaluation des politiques publiques. La Cour a donc mené son enquête auprès des ministères chargés de l’Éducation nationale et de la Santé, de trois académies et des onze inspections académiques correspondantes, afin d’apprécier le pilotage et la gestion de la médecine scolaire. Surtout, nous avons choisi de mener des investigations de terrain auprès d’un échantillon d’écoles maternelles et primaires, de collèges et de lycées sélectionnés en raison de leurs contextes géographiques et sociaux très diversifiés. Ainsi, nous avons pu recueillir les perceptions d’une cinquantaine de médecins et d’infirmiers de l’éducation nationale sur les enjeux de leur action au service des élèves et de leur réussite scolaire.

Pour compléter cette approche, nous avons également sollicité les ambassades de France en Allemagne, en Espagne et au Royaume-Uni, qui nous ont fourni des éléments de comparaison sur la place et l’organisation de la médecine scolaire dans ces différents pays.

Enfin, nous avons organisé, au-delà des procédures traditionnelles de contradiction auxquelles la Cour est particulièrement attachée, douze auditions de près de 25 heures au total. Ces auditions de responsables ministériels, d’experts, de médecins et d’infirmiers, ainsi que de représentants de syndicats de personnels de santé scolaire et de fédérations de parents d’élèves, nous ont permis d’enrichir la matière de cette enquête.

Dans ce rapport, la Cour vise à contribuer à une évaluation de la médecine scolaire en examinant les objectifs, les moyens, l’organisation ainsi que les résultats de cette politique publique. Au terme de notre long travail, nous pouvons mettre en lumière quatre grands diagnostics.

Tout d’abord, les missions de la médecine scolaire se sont multipliées ces dernières années sans hiérarchisation claire entre elles.

Ensuite, la médecine scolaire se heurte à des problèmes d'attractivité de ses métiers et de répartition des moyens insatisfaisante.

De plus, elle est mal gouvernée à tous les niveaux, du manque de pilotage national à l'absence de coordination des acteurs de terrain.

Enfin, le suivi et l'évaluation des effets de la médecine scolaire sont quasi nuls, ce qui empêche à la fois d'en mesurer l'impact sur la santé des enfants et d'identifier les pratiques les plus efficaces.

Premier constat, les objectifs de la médecine scolaire n'ont cessé de se multiplier et de s'élargir au fil des décennies, passant du suivi sanitaire des élèves à une démarche de prévention, puis à l'affirmation d'une mission de promotion de la santé, qui s'efforce de prendre en compte les jeunes individus sous tous leurs aspects. Dès lors, les textes qui définissent les activités des médecins et des infirmiers de l'éducation nationale énoncent de multiples tâches sans établir de priorités entre elles : il leur faut simultanément assurer les visites médicales obligatoires, promouvoir les projets d'éducation à la santé, faciliter la scolarité des élèves confrontés à des problèmes de santé ou à des situations de handicap. Faute de hiérarchisation, les acteurs de terrain ont le sentiment d'une accumulation d'actions parmi lesquelles ils sont contraints d'effectuer eux-mêmes des choix en fonction d'impératifs dictés par l'urgence et de manière un peu improvisée.

Deuxièmement, le recrutement des personnels de médecine scolaire est confronté à d'importantes difficultés. Les raisons en sont que ces métiers sont faiblement attractifs et que les lauréats, qui pour nombre d'entre eux ont décidé de rejoindre l'éducation nationale après avoir exercé une activité de médecin généraliste, ont une mobilité limitée. Cette situation explique des déficits importants dans certaines académies et induit de fortes inégalités territoriales en matière de couverture médicale des publics scolaires. Ce problème de recrutement et de répartition des agents est en outre aggravé par le fait que 32 % des infirmiers et 42 % des médecins de l'éducation nationale devraient partir à la retraite d'ici à 2019.

Les conditions matérielles d'exercice ne sont pas non plus optimales. Ainsi, certains médecins et infirmiers de l'éducation nationale doivent assurer à leurs propres frais l'acquisition de matériels médicaux ou doivent utiliser, sans être remboursés, leur téléphone personnel afin d'organiser les rendez-vous avec les élèves et leurs familles.

Troisièmement, nous avons constaté que le pilotage de la médecine scolaire était très limité, sinon inexistant. Alors qu'elle doit être à la fois une médecine pour l'école et une médecine dans l'école, le rapport de la Cour montre qu'il n'existe pas d'accord entre les ministères de l'Éducation nationale et de la Santé – notamment sur la pertinence de certaines visites médicales obligatoires, un sujet central.

Au sein du ministère de l'Éducation nationale, un seul bureau est consacré à la médecine scolaire, et encore de manière non exclusive. À l'échelon territorial,

les fonctions de régulation et d'animation reposent sur les médecins et les infirmiers, conseillers techniques placés auprès des recteurs et des inspecteurs d'académie, mais ce réseau ne bénéficie pas toujours de moyens adaptés de communication et d'échange. Enfin, l'enquête conduit à s'interroger sur le positionnement de la médecine scolaire par rapport à la médecine générale et sur l'homogénéité de ce positionnement. Il est frappant de constater que selon les départements, les caisses primaires d'assurance maladie prennent ou non en charge le remboursement des actes prescrits par les médecins de l'éducation nationale, par exemple en ce qui concerne les bilans orthophoniques.

Quatrièmement, enfin, les données statistiques disponibles pour juger des résultats de la médecine scolaire sont lacunaires et peu fiables. Elles ne permettent pas en l'état de mesurer l'impact de ces activités sur la santé des jeunes ni d'en apprécier l'efficacité, ce qui est un obstacle majeur à toute enquête.

Outre le fait – que les acteurs de terrain soulignent avec vigueur – que le dispositif statistique ne restitue pas une image fidèle de leur travail, les résultats disponibles font apparaître d'importantes inégalités territoriales dans les possibilités d'accès à la médecine scolaire, et même une dégradation des taux de réalisation des visites obligatoires des élèves. Seuls 65 % d'entre eux en bénéficient à l'âge de six ans, alors que la valeur cible de cet indicateur est de 100 %.

Par ailleurs, les acteurs de terrain doivent faire face à de nouveaux enjeux de société qu'ils ont du mal à traiter, notamment avec l'accroissement des situations de souffrance psychique des jeunes.

Enfin, l'impact des actions d'éducation à la santé sur le comportement des jeunes n'est pas mesuré, ce qui empêche de cibler les démarches les plus pertinentes et les plus efficaces.

Vous l'aurez compris, ces multiples difficultés obèrent les performances de la médecine scolaire. L'écart est profond entre les objectifs ambitieux assignés à cette dernière et la réalité de ses résultats. Nous avons donc cherché à identifier les orientations qui pourraient contribuer à le réduire.

Au-delà des constats techniques, l'enquête a tout d'abord montré que la médecine scolaire, qui s'adresse à 12 millions d'élèves et repose sur environ 1 500 médecins et 7 500 infirmiers de l'éducation nationale, constitue un enjeu central à la confluence de trois questions fondamentales pour l'avenir de notre société : la jeunesse, l'école et la santé.

Comme l'observait avec justesse un universitaire auditionné par la Cour, les médecins scolaires sont les seuls à pouvoir observer sur une longue période – entre cinq et quinze ans – une population aussi nombreuse et importante pour l'avenir de la nation. Or nombre de pays comparables au nôtre ne disposent pas de fonctionnaires dédiés à cette fonction, qu'ils recourent à des médecins du secteur privé pour intervenir dans les établissements scolaires ou qu'ils laissent aux

familles le soin du suivi médical des élèves. C'est pour cela que la première de nos questions a porté sur le bien-fondé du choix national d'organiser une médecine scolaire.

Ensuite, nous avons examiné la place et le rôle de la médecine scolaire dans le cadre plus large des politiques de santé publique, dans la mesure où elle est chargée non seulement de contribuer à la réussite scolaire des élèves, mais également de veiller à leur état de santé à des âges cruciaux pour le développement de l'individu.

Sur ces deux points, la Cour considère que la médecine scolaire française présente, dans sa forme actuelle, un grand intérêt. Elle assure un suivi médical obligatoire au sein de l'institution scolaire tout en prenant en compte les objectifs éducatifs qu'elle connaît de façon très précise. Cependant, il faut absolument trouver une meilleure façon de l'articuler avec le reste du système français de santé publique. Autrement dit, à notre avis, aucun autre mode d'organisation ne paraît aujourd'hui en mesure d'offrir une alternative assurant cette mission dans les mêmes conditions.

Malgré cet enjeu central pour l'avenir de notre société, l'enquête de la Cour a montré que les personnels de la médecine scolaire estiment, non sans raison, que leur activité n'est ni vraiment reconnue, ni suffisamment valorisée. Cette aspiration à plus de visibilité et de reconnaissance paraît d'autant plus légitime que, tout au long de ses investigations, la Cour a rencontré des médecins et des infirmiers fortement motivés, aimant leur métier, soucieux de répondre aux besoins multiples des élèves. Ils savent être à l'écoute, percevoir un mal-être physique ou psychique, repérer les cas de détresse ; ils sont en mesure de sensibiliser les familles et de les orienter vers les structures et les interlocuteurs extérieurs qui pourront apporter des réponses adaptées.

Ces professionnels font également observer que, dans certains quartiers urbains ou territoires ruraux, ils sont parfois le seul contact qu'aient les élèves et leurs familles avec le monde de la santé. Ainsi, le réseau des médecins et infirmiers de l'éducation nationale nous est apparu comme un capital de tout premier plan qu'il faudrait sûrement mieux valoriser. Le meilleur parti doit être tiré de leur connaissance de l'état sanitaire et psychique des jeunes, et plus encore de leur capacité à identifier à temps difficultés et troubles d'apprentissage.

Au-delà de leur besoin de reconnaissance, les médecins et les infirmiers de l'éducation nationale aspirent surtout à voir leurs multiples activités redéfinies et inscrites dans un cadre plus clair et plus construit. Au fil des ans, leurs missions ont perdu en lisibilité et les grandes priorités se sont estompées sous l'effet de l'accumulation des tâches. Sur le terrain, les professionnels de santé doivent faire face à l'évolution des besoins des élèves, notamment avec un accroissement des situations de mal-être, la fragilisation des liens familiaux et sociaux, un accès inégal aux soins ou la précarité sociale et économique.

Pour faire face à cette demande multiforme des publics scolaires, la question se pose alors du dispositif qui permettrait, du fait de ses objectifs, de son organisation, de son animation et de sa capacité d'évaluation, de mieux situer l'action des médecins et infirmiers de l'éducation nationale par rapport aux grands enjeux de la santé en milieu éducatif. Il faut aussi trouver une manière de valoriser et d'animer le réseau de la médecine scolaire, de le faire fonctionner de manière plus efficiente et plus efficace. Nous avons formulé des orientations en ce sens.

Il nous paraît évident que, pour répondre aux enjeux de la médecine scolaire, des choix clairs doivent être effectués dans plusieurs domaines. Il faudrait à la fois fixer l'enjeu politique et social, apprécier les besoins réels, déterminer les objectifs, allouer les moyens, animer le réseau et son fonctionnement dans la diversité des territoires, reconnaître la valeur ajoutée et rendre les métiers plus attractifs.

C'est donc une vaste entreprise : il s'agit de créer les conditions pour que la santé scolaire devienne une politique publique à part entière, cohérente et pilotée. Dans ce but, la Cour identifie à la fin de son rapport sept axes d'action.

Une réflexion au niveau national devra déterminer des objectifs assortis d'indicateurs précis : dépistages obligatoires, suivi des élèves handicapés, accompagnement des élèves souffrant de pathologies, adaptation à l'enseignement professionnel, éducation à la santé, etc. Le choix de ces indicateurs et la fixation du niveau de leurs cibles exprimeront *de facto* la hiérarchie des objectifs.

Par ailleurs, la répartition des moyens humains et matériels devrait se fonder avant tout sur une appréciation locale des besoins des élèves, afin d'équilibrer l'allocation des moyens disponibles conformément aux objectifs de la politique mise en œuvre. Au-delà, un choix de nature politique devra être effectué sur la question des moyens : soit on décide que la politique de promotion de la santé scolaire doit être menée à budget constant, ce qui implique un redéploiement des moyens vers les territoires et les publics dont les besoins sont moins bien couverts ; soit les pouvoirs publics ont l'ambition de refonder cette politique en l'appuyant sur des moyens accrus, auquel cas le surcroît de ressources devra être affecté aux besoins jugés les plus importants, les moyens pouvant être trouvés par des redéploiements au sein de l'éducation nationale dans son ensemble.

En effet, comme l'a rappelé la Cour dans son rapport public thématique de mai 2010 sur « l'école face à l'objectif de réussite de tous les élèves », la France se situe, par rapport à la moyenne de l'OCDE, à un niveau de dépenses annuelles par élève inférieur de 5 % pour l'école maternelle et de 15 % pour l'école primaire, mais supérieur de 10 % pour le collège et surtout de 26 % pour le lycée. Des possibilités de redéploiement existent donc.

Venons-en aux sept axes d'actions que nous avons identifiés. Tout d'abord, sur le plan institutionnel, le rattachement actuel de la médecine scolaire au ministère de l'Éducation nationale n'est contesté ni par les personnels, dans

leur grande majorité, ni par les responsables du ministère de la santé. Cette politique est avant tout considérée comme une politique d'appui aux politiques scolaires, et non seulement comme la variante d'une politique de santé publique. Toutefois, au sein du ministère de l'Éducation nationale, la faiblesse du pilotage – pour ne pas dire son absence – constitue un frein sérieux à l'efficacité du système de médecine scolaire. C'est pourquoi la médecine scolaire doit selon nous faire l'objet, au niveau national, d'une gestion suffisamment visible et individualisable, au lieu d'être diluée dans des politiques et des dispositifs disparates. Confier la responsabilité de cette politique à une autorité médicale éminente, par exemple, pourrait certainement permettre de lui insuffler une dynamique.

Ensuite, si les grandes lignes de l'organisation locale actuelle peuvent être maintenues afin de préserver sa souplesse et sa réactivité, le constat du relatif isolement des agents de la médecine scolaire – dont certains vont jusqu'à s'estimer oubliés de l'éducation nationale – amène à rechercher une meilleure intégration au niveau local. À ce titre, l'enquête de la Cour a permis de constater que les personnels étaient loin de disposer systématiquement des moyens informatiques et de communication permettant des échanges nécessaires et utiles. Cette condition préalable à une meilleure efficacité doit être remplie en priorité.

Au niveau national – c'est le troisième axe –, il convient de mettre fin aux divergences entre les ministères de l'Éducation nationale et de la Santé concernant l'approche générale de la santé scolaire, et de concilier, grâce à une véritable coordination, deux conceptions différentes : une médecine scolaire au service de la réussite des élèves et une médecine scolaire en tant qu'élément d'une politique de santé publique.

Quatrième et cinquième axes, à l'échelon régional, la répartition des missions des professionnels de santé, telle qu'elle sera organisée par les agences régionales de santé – ARS – devra tenir compte de la spécificité de la promotion de la santé scolaire tout en assurant une complémentarité effective entre les différents acteurs. Les médecins et infirmiers de l'éducation nationale sont en effet en première ligne pour constater et pour prévenir des difficultés ou des pathologies non encore décelées. Leur action doit donc être mise en réseau avec celle des autres intervenants de santé. À cet égard, la question du remboursement des actes découlant de prescriptions de médecins scolaires, actuellement accepté ou non selon les caisses primaires d'assurance maladie, devra être tranchée par les autorités compétentes.

Sixième axe : la question des moyens est inséparable du constat de la dégradation de l'attractivité des métiers de la médecine scolaire. Les difficultés actuelles de recrutement des médecins et infirmières de l'éducation nationale et les perspectives d'aggravation de cette situation, compte tenu de l'évolution démographique des corps concernés, rendent inévitable une adaptation statutaire si les pouvoirs publics veulent assurer la continuité des prestations données à la population scolaire. Cette adaptation devrait être fondée sur le principe d'une comparabilité minimale avec les corps équivalents de l'ensemble des fonctions

publiques, tant sur le plan des rémunérations qu'en ce qui concerne les conditions de déroulement de carrière. Et je le répète, elle pourrait être financée à budget constant, par un redéploiement des moyens au sein de l'ensemble du ministère de l'Éducation nationale.

Par ailleurs, le sentiment des personnels, exprimé très fréquemment, d'être insuffisamment reconnus dans leur activité soulève la question de la revalorisation de l'image des médecins et des infirmières scolaires, laquelle passe par la reconnaissance de la qualification professionnelle, tant en formation initiale que continue.

Enfin, la Cour observe qu'à ce jour, les conditions statistiques préalables à une évaluation précise de l'efficacité de la médecine scolaire ne sont pas réunies, qu'il s'agisse du suivi médical ou de l'éducation à la santé. À l'avenir, il sera donc impératif de développer fortement les moyens de mesurer l'impact de la médecine scolaire et d'améliorer la connaissance statistique que nous en avons. Une telle démarche évaluative ne saurait bien évidemment se confondre avec un simple état des lieux de la santé des jeunes en âge scolaire.

Pour l'immédiat, l'objectif essentiel de la Cour aura été de vous donner les moyens de porter une appréciation complète, précise et documentée sur l'efficacité, l'efficience et le service rendu par la médecine scolaire, dont l'objectif essentiel est de permettre aux élèves, en prenant en charge dans les meilleures conditions possibles leurs capacités physiques et psychiques, de suivre avec succès les apprentissages de la scolarité obligatoire.

M. le Président Bernard Accoyer. Au nom de l'Assemblée nationale, je remercie les magistrats de la Cour et je les félicite pour la qualité du travail réalisé. Cette contribution remarquable à notre mission d'évaluation prouve la pertinence de la coopération entre nos deux institutions.

M. Gérard Gaudron, rapporteur. Les premiers commentaires et questions que nous pourrions, ma collègue Martine Pinville et moi-même, formuler à la réception de ce rapport, en tant que corapporteurs de la mission d'évaluation du Comité sur la médecine scolaire, ne peuvent donner qu'un bref aperçu de la profondeur de l'enquête réalisée et de la richesse de l'analyse présentée.

Les visites sur le terrain effectuées par la mission parlementaire, en complément de ses auditions, dans les académies de Lille, Lyon et Montpellier corroborent le constat amplement détaillé par la Cour des comptes : celui de la faiblesse des moyens attribués à la médecine scolaire pour l'accomplissement de ses missions.

Au cours des dix dernières années, nous ne dénombrons pas moins de quatre interventions du législateur en matière de santé à l'école, sur des sujets aussi importants que le handicap, la protection de l'enfance en danger, la prévention des grossesses non désirées et le renforcement de la prévention

sanitaire. Or, si de nouveaux objectifs ont été assignés à la médecine scolaire au titre de ces politiques publiques, l'accroissement des missions n'a pas été accompagné d'une augmentation des moyens mis à disposition : ceux-ci sont restés stables depuis dix ans, comme le montre la Cour.

Ainsi peut-on remarquer que, pour suivre 12 millions d'élèves, le budget alloué à l'action « Santé scolaire », au sein du programme 230 « Vie de l'élève », est de 455 millions d'euros, soit une dépense annuelle de 37 euros par élève !

De même, nos observations recoupent celles de la Cour en ce qui concerne les crédits de fonctionnement qui sont destinés aux déplacements, à la formation continue et aux équipements informatiques, ou la rémunération des personnels.

Un deuxième élément du constat présenté par la Cour des comptes est relatif aux difficultés pratiques de l'évaluation dans le cas particulier de la médecine scolaire. Une partie de ces difficultés tient au fait que le dispositif de médecine scolaire intervient à part entière dans la mise en œuvre des différentes politiques publiques que nous avons évoquées. Cela pose la question des limites du champ de l'évaluation. Ainsi, le fait que les médecins scolaires soient devenus, au titre de leur expertise, des intervenants importants de la politique d'intégration scolaire des enfants handicapés – politique qui a permis la scolarisation de 200 000 enfants handicapés en 2010 contre 135 000 en 2004 – doit-il conduire à élargir le champ de l'évaluation à cet aspect de la politique de lutte contre le handicap ? Cette question est d'importance, car, comme l'indique le rapport de la Cour, faute de pouvoir isoler l'impact de l'action des personnels scolaires et le mesurer par des indicateurs appropriés, des indicateurs d'activité ont été choisis par défaut, au risque de provoquer une incompréhension réelle des personnels sur la manière dont est comprise leur action. On ne peut donc que rejoindre la Cour sur l'intérêt d'une réflexion approfondie quant à la nécessité de doter le dispositif de médecine scolaire d'une batterie d'indicateurs de suivi réellement à même de rendre compte de l'impact de son action sous ses différentes formes.

Cette remarque nous amène à un troisième élément du constat présenté par la Cour, qui concerne le pilotage du dispositif. La Cour souligne à juste titre que, face à l'accumulation des objectifs, les organes de pilotage nationaux et académiques ne semblent pas en mesure de communiquer aux personnels de médecine scolaire une hiérarchie des priorités opérationnelles. Par ailleurs, comme la mission, elle note un effet du rattachement au ministère de l'Éducation nationale : la médecine scolaire est parfois considérée par les responsables de ce dernier comme une politique d'appui aux politiques scolaires, au détriment de son volet de santé publique. Ainsi, faute de pouvoir s'appuyer sur un diagnostic sanitaire territorial pour le moment indisponible, la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) continue d'utiliser, pour la répartition des moyens entre académies, des méthodes sans lien avec le critère de santé des élèves. Un tel hiatus n'est pas sans conséquence sur la façon dont les personnels de terrain comprennent leur positionnement au sein de l'institution – leur demande d'une redéfinition de leurs missions est récurrente –, ainsi que sur les difficultés

qu'ils éprouvent à se coordonner dans la réalisation de leurs missions communes. Je pense en particulier à la réalisation de l'examen de santé au cours de la sixième année, dont les modalités d'organisation font l'objet d'interprétations divergentes. Il y a clairement là un enjeu d'efficacité pour le dispositif de médecine scolaire que seul un pilotage national et académique mieux affirmé est susceptible d'emporter.

Ainsi que le rappelle la Cour dans son rapport, le choix qui a été fait en France d'une médecine intégrée au ministère de l'Éducation nationale ne se retrouve pas dans d'autres pays. Ce choix, fruit d'une longue maturation, explique la place particulière que les personnels de santé scolaire occupent aujourd'hui au sein de la politique sanitaire en direction des enfants et adolescents ainsi que dans les différents volets de la politique éducative, la politique en faveur des élèves handicapés et l'éducation à la santé. On ne peut que rejoindre la Cour quand elle affirme que le réseau des médecins et infirmières scolaires constitue un capital de tout premier plan qu'il faut valoriser en tirant le meilleur parti de leur expertise médicale.

Mme Martine Pinville, rapporteure. Nous sommes reconnaissants à la Cour des recommandations que le Premier président vient de présenter en vue d'améliorer le dispositif de la médecine scolaire. Ces suggestions pourront utilement recevoir l'éclairage du ministre de l'Éducation nationale, responsable de cette politique publique, lorsque nous solliciterons son avis avant la remise de notre rapport.

Partant du constat d'une incapacité actuelle à hiérarchiser les priorités assignées à la médecine scolaire, la Cour estime qu'une réflexion doit être engagée sur la constitution d'un ensemble d'indicateurs adaptés. La Cour a-t-elle elle-même réfléchi aux indicateurs susceptibles d'être mobilisés par le Parlement dans le cadre du suivi de la performance budgétaire ?

Sans remettre en cause le rattachement de la médecine scolaire au ministère de l'Éducation nationale, la Cour estime que ce dernier devrait en améliorer le pilotage. Comment devrait-il s'y prendre ?

En ce qui concerne la participation des services de médecine scolaire aux politiques de santé publique en direction des enfants et des adolescents, faut-il envisager une plus grande implication du ministère de la santé au niveau national – et si oui, selon quelles modalités –, ou vaut-il mieux se tourner vers les ARS et compter sur leur capacité à porter un diagnostic et à assurer l'organisation territoriale de la médecine préventive ? Dans ce domaine, l'action des agences se limite souvent à une coordination. Leurs missions ne devraient-elles pas être précisées sur ce point ? Lors de nos déplacements, nous avons pu observer une grande variété dans les formes d'organisation.

La question du pilotage renvoie à celle des missions attribuées à la médecine scolaire. Sur ce sujet, quelles évolutions potentielles l'enquête menée par la Cour a-t-elle permis d'entrevoir ?

Il convient notamment de s'interroger sur la pertinence de l'obligation, introduite par l'article 1^{er} de la loi du 5 mars 2007 sur la protection de l'enfance, d'organiser des visites médicales au cours de la neuvième, de la douzième et de la quinzième année. Le Gouvernement n'a pris aucun texte d'application et le ministère de l'Éducation nationale ne s'est pas saisi de la disposition, arguant que les moyens disponibles ne permettaient pas de respecter cette obligation. Dans ce domaine également, la situation varie fortement selon les territoires. Cette absence de suite donnée par le Gouvernement au vote de la loi doit-elle être considérée comme une invitation à réévaluer, selon des modalités à définir, l'intérêt d'une telle obligation au regard des exigences de santé publique et des moyens disponibles ?

Enfin, on ne peut ignorer les problèmes que rencontre aujourd'hui le ministère de l'Éducation nationale dans le recrutement de ses personnels de santé, du fait de l'évolution de la démographie médicale, il est vrai, mais aussi d'une attractivité insuffisante des carrières proposées. Compte tenu du nombre de départs en retraite prévu, et dans un contexte budgétaire contraint, quelles sont les préconisations de la Cour pour rendre ces métiers plus attractifs ?

La question de la santé à l'école a un caractère multidimensionnel. La santé des élèves concerne non seulement les personnels de santé scolaire, qui en sont les garants, mais l'école dans son ensemble, qu'il s'agisse du temps scolaire, où le souci de l'éducation à la santé doit imprégner les enseignements concernés, ou du temps périscolaire – celui de la restauration, par exemple. La place de la santé à l'école est-elle aujourd'hui suffisamment affirmée ?

M. Marc Bernier, désigné par la commission des Affaires culturelles et de l'éducation pour participer aux travaux du Comité. Auteur, avec mon collègue Gérard Gaudron et pour le compte de la commission des Affaires culturelles et de l'éducation, d'un rapport pour avis sur la médecine scolaire, je me réjouis que la première contribution de la Cour des comptes aux travaux du CEC porte sur ce thème.

Nous avons bien mesuré l'importance du problème que pose le manque d'attractivité de la médecine scolaire – il faut d'ailleurs espérer que la médiatisation dont cette réunion fait l'objet permettra de trouver des solutions. Le nombre de postes non pourvus traduit bien ce manque d'attrait, et rend absolument nécessaire une revalorisation des fonctions de médecin ou d'infirmier scolaires. Ainsi, une personne auditionnée nous avait dit qu'un médecin scolaire en début de carrière gagnait moins qu'un interne en médecine.

Quant à l'inégalité territoriale, non seulement elle est manifeste, mais elle se double d'une disparité considérable entre les établissements publics et privés.

Ainsi, dans mon département, où 40 % des élèves sont scolarisés dans l'enseignement privé, il existe un médecin scolaire pour 26 000 élèves, mais aucun dans le privé.

De même, il est évident qu'une redéfinition des tâches de la médecine scolaire est nécessaire, tant est confuse la répartition actuelle des missions attribuées aux médecins et infirmiers de l'éducation nationale.

Le 15 novembre 2010, les ministres en charge de la santé et de l'éducation nous avaient annoncé un plan santé au sein de l'éducation nationale. Une conférence de presse commune devait marquer le début de cette collaboration. Malheureusement, les ministres ont changé et cette initiative est restée sans suite. J'espère que votre contribution et le travail du CEC permettront de relancer cette idée.

Je me suis de mon côté déjà beaucoup penché sur les inégalités territoriales en matière de santé. Ne serait-il pas possible, dans les zones déficitaires, de faire participer les médecins du secteur privé à l'éducation à la santé en leur confiant des mandats de santé publique ? Nous avons, avec Christian Paul, fait des propositions en ce sens lors de l'examen de la loi dite « HPST ». Les futurs médecins généralistes que nous avons interrogés n'étaient pas opposés à cette idée, déjà mise en œuvre dans de nombreux pays. De nombreux postes de médecine scolaire ne sont pas pourvus : qu'allons-nous faire pour y remédier ?

Mme Colette Langlade, désignée par la commission des Affaires culturelles et de l'éducation pour participer aux travaux du Comité. L'école a pris, au cours de la dernière décennie, une place prioritaire dans le combat pour l'amélioration de la santé en France, depuis qu'il est apparu que notre pays est, au sein de l'Union européenne, celui où la mortalité due aux comportements – accidents, suicides, alcool, tabac – est la plus élevée. Ces comportements nocifs débutent pendant l'adolescence, mais sont conditionnés par la construction mentale qui se fait pendant la petite enfance.

À l'heure actuelle, la situation de la santé à l'école est préoccupante pour deux raisons principales. Premièrement, l'absence d'une doctrine cohérente : les concepts en ce domaine ont grandement évolué depuis 1975, mais on s'est contenté d'ajouter les approches au lieu de redéfinir les buts et d'adapter les moyens. Deuxièmement, l'absence de suivi des actions entreprises : les directives et circulaires n'ont pas manqué, non plus que les études, mais on n'a tiré aucun enseignement des échecs comme des réussites.

La place de la santé pendant la prime enfance a beaucoup évolué. Autrefois, on s'attachait essentiellement, chez les petits, aux problèmes somatiques : malvoyance, malentendance, difficultés motrices. Aujourd'hui, les problèmes psychosociologiques passent sur le devant. Instituteurs et professeurs sont devenus ceux qui repèrent le plus vite les enfants en difficulté et les

interventions sont d'autant plus efficaces qu'elles sont précoces : c'est pourquoi il faut réaffirmer que l'éducation à la santé fait partie des missions de l'école.

Or, dans son rapport, la Cour note que « la médecine scolaire n'occupe qu'une place limitée dans les orientations formulées par le ministère de l'Éducation nationale », et elle relève « une difficulté à définir clairement des objectifs nationaux adaptés aux réalités et aux besoins du terrain ». Le directeur général de l'enseignement scolaire lui-même a reconnu, lors de son audition par la Cour, que la médecine scolaire constituait un domaine qui n'était pas dans le « cœur » de métier de l'éducation nationale.

S'agissant des politiques académiques, et surtout des moyens de la médecine scolaire, la question essentielle réside dans la gestion des ressources humaines, marquée par d'importantes difficultés de recrutement, mais également par des rigidités dans les procédures d'affectation. En outre, les conditions matérielles d'exercice sont inégales selon les établissements.

Pour ce qui est du budget et s'agissant des médecins, les données disponibles indiquent une diminution de 169 ETPT (équivalents-temps plein travaillé) entre 2006 et 2011. On ne peut que regretter que cette baisse tienne à une sous-consommation chronique des emplois concernés et à l'utilisation des supports vacants pour financer des postes de conseillers principaux d'éducation.

Le ministère de l'Éducation nationale doit se donner les moyens d'un pilotage national de la médecine scolaire. Cette démarche volontariste pourrait justifier la création d'un service dédié à la médecine scolaire, dirigé par une personnalité reconnue du milieu médical, ainsi que le propose la Cour des comptes. Ce serait un signal fort pour identifier cette médecine scolaire comme une politique publique à part entière et pour assurer une plus grande cohérence stratégique entre objectifs et moyens.

Quant à l'organisation de la médecine, elle est fortement déconcentrée à l'échelon des académies, et plus encore à celui des inspections académiques. Mais cette structuration administrative, assez classique, masque un fonctionnement en réseaux : réseau interne des médecins et des infirmiers en relation avec leurs conseillers techniques situés aux échelons national, rectoraux et départementaux ; réseau externe de partenariats multiformes avec des acteurs extérieurs à l'éducation nationale, qu'ils relèvent des collectivités territoriales, des services et acteurs de santé ou du milieu associatif. Confrontés à cette complexité, les personnels formulent des interrogations sur le positionnement institutionnel de la médecine scolaire. Un collègue du Rhône souligne même que le médecin, qui n'assure qu'une demi-journée par mois dans l'établissement, ne peut que gérer les urgences et les visites obligatoires. Il faut donc repenser le rôle de ces praticiens, dont la charge est telle qu'ils ont l'impression d'être soumis à un travail à la chaîne et qu'ils abandonnent l'éducation nationale dès qu'ils le peuvent – d'où aussi un problème de recrutement.

En conclusion, la Cour des comptes s'étonne des divergences entre le ministère de l'Éducation nationale et celui de la santé, et souligne qu'elles doivent impérativement être surmontées en raison de leurs effets sur le suivi médical des élèves. Elle souligne aussi les importants efforts de coordination interministérielle qu'il reste à faire pour clarifier les objectifs de la médecine scolaire par delà les approches sensiblement différentes des deux ministères concernés. Ce qui pose à nouveau la question du positionnement de cette médecine : faut-il la considérer comme prérogative de l'État ou faut-il en faire une responsabilité des collectivités territoriales ?

Pour finir, je ne peux que regretter qu'il ne soit nulle part fait état du rôle de la médecine scolaire et du suivi médical de l'élève dans le dossier de rentrée 2011-2012, pourtant intitulé « Pour la réussite de chaque élève ».

M. Jean Mallot. J'interviens à un double titre, à la fois en tant que membre du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques et en tant que coprésident de la MECSS (Mission d'évaluation et de contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale). Il se trouve que cette dernière commence un travail sur la prévention sanitaire et que vous viendrez dans quelques jours, monsieur le Premier président, nous présenter un rapport sur le sujet. Dans ce domaine comme dans celui qui nous occupe aujourd'hui, nous nous heurtons souvent au cloisonnement entre ministères. Or on ne peut parler de prévention sanitaire sans parler de médecine scolaire. De médecine du travail aussi, d'ailleurs, et c'est encore un autre ministère. Il faut que vous nous aidiez à imposer plus de transversalité, pour que l'on puisse faire une vraie prévention sanitaire à l'école, au travail et ailleurs.

La Cour des comptes a fait un excellent travail, qui nous sera très utile et dont nous vous remercions tous. Votre approche est, comme il est normal, différente de la nôtre. Vous faites apparaître la grande richesse potentielle de ce service public et en même temps sa sous-utilisation, sa sous-valorisation. Partant de ce diagnostic, il nous appartient maintenant d'élaborer des préconisations. Les dépenses de santé étant un véritable investissement social et la réussite scolaire étant indissociable de l'état de santé des élèves, je vous poserai deux questions, monsieur le Premier président.

Avez-vous évalué les moyens humains, budgétaires et méthodologiques qu'il faudrait pour revaloriser la médecine scolaire et mieux assurer l'égalité des élèves devant ce service public ?

D'autre part, comment établir une relation avec les autres acteurs de la santé ? La médecine scolaire est en effet isolée cependant que les nombreuses informations utiles dont elle dispose restent inutilisées.

M. Daniel Goldberg. Pour ce qui est de la médecine scolaire, mon département de la Seine-Saint-Denis peut être considéré comme sinistré. Le rapport de la Cour des comptes pose la question centrale de la gestion des ressources

humaines. En Seine-Saint-Denis, en effet, les postes existent, mais ne sont pas pourvus, ce qui pose un terrible problème d'égalité territoriale.

Avez-vous réfléchi, monsieur le Premier président, à la question du pilotage local des actions de prévention ? Les enfants voient leur médecin traitant, leur médecin scolaire, les infirmières scolaires, mais il me paraît important de mettre en place un pilotage local, associant notamment les différents niveaux de collectivités territoriales. Les ateliers santé ville, créés il y a quelques années, étaient plutôt sous la responsabilité des communes, mais celles-ci ne disposaient pas toujours du service adéquat pour mener de telles actions.

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des Affaires sociales. Mon propos sera d'autant plus modeste que la commission des Affaires sociales n'a pas traité de ce dossier. Mais elle a abordé celui de la médecine du travail, qu'on ne peut pas ne pas étudier en relation avec la médecine scolaire. Il me semble que se pose moins un problème de moyens que d'organisation : en atteste sur la terrain la difficulté de coordonner l'action des centres départementaux d'action sociale, des différentes associations et des structures médicales spécialisées. Ainsi, où sont abordées les questions, délicates entre toutes, de la santé psychologique et du suicide des jeunes : dans le cadre de la médecine scolaire ou dans des structures spécialisées ?

Enfin, certains départements ou certains établissements ont-ils mis en place de bonnes pratiques qui pourraient inspirer ceux qui cherchent des pistes d'avenir ?

M. Didier Migaud. Je vous remercie de vos interventions. Nous avons pour notre part pris un réel intérêt à ce travail, compte tenu de l'importance du sujet et de sa transversalité. Par le biais de la médecine scolaire, nous sommes en effet amenés à traiter de nombreuses autres questions, comme celle de la nécessaire coordination entre le ministère de l'Éducation nationale et celui de la Santé, ou celle du système de prévention sur lequel nous reviendrons prochainement devant la commission des Affaires sociales et en particulier la MECSS.

Aujourd'hui, pour la médecine scolaire, il y a une multiplicité d'objectifs qu'il faut donc hiérarchiser. En revanche, un seul indicateur existe pour mesurer la performance de la médecine scolaire : le pourcentage de réalisation des visites obligatoires à l'âge de six ans. C'est un peu faible ! Il faut donc faire un travail de redéfinition des objectifs et de définition d'indicateurs pour mesurer l'efficacité d'une politique publique qui mérite d'être mieux pilotée.

Sur le pilotage, beaucoup de questions se recourent, mais le principal constat est celui de l'absence de pilotage ! Or, en raison de l'enjeu, il faut une vraie politique publique, bien pilotée. Nous formulons certaines recommandations qui pourront vous être utiles pour proposer des pistes au Gouvernement, mais il n'est pas dans nos compétences de dire s'il faut des visites obligatoires à l'âge de neuf ou douze ans, par exemple.

Le manque d'attractivité de la profession est un problème réel pour la médecine scolaire. Je suis sensible à ce qu'a dit le président Pierre Méhaignerie : tout problème ne se résume pas à une question de moyens et ne peut se résoudre par une augmentation des effectifs. Nous en sommes les premiers conscients et nous l'avons d'ailleurs dit s'agissant de l'éducation nationale. La Cour des comptes est suffisamment préoccupée par la situation des finances publiques pour ne pas inviter à augmenter la dépense. Des redéploiements doivent être possibles. Cela étant, la question des moyens se pose à certains égards, ne serait-ce que pour permettre la revalorisation du métier de médecin scolaire. Le président Jean Picq vous donnera des précisions, mais le fait qu'un médecin scolaire débutant soit moins bien rémunéré qu'un interne peut poser effectivement un réel problème d'attractivité. Il existe également de fortes disparités entre les médecins scolaires, les médecins du travail et ceux de la PMI.

De la même façon, il existe de vraies inégalités territoriales. Cela pose la question du partage des responsabilités entre l'État et les collectivités territoriales, sachant que certaines d'entre elles ont mis des moyens supplémentaires à disposition de la médecine scolaire, mais que toutes ne peuvent le faire. C'est au pouvoir politique qu'il appartient de trancher pour déterminer si la responsabilité en la matière doit rester au niveau de l'État ou si elle doit être déconcentrée, ou décentralisée. Nous soulevons des questions auxquelles les politiques devront répondre.

M. Jean Picq, président de la troisième chambre de la Cour des comptes. Tout d'abord, je voudrais rendre à l'Assemblée ce que nous lui devons. Si nous avons inscrit ce sujet à notre programme avant que vous ne vous en saisissiez, c'est parce que le rapporteur spécial de la commission des Finances pour les crédits de la mission enseignement scolaire, M. Yves Censi, avait souligné auprès de nous, il y a trois ans, l'intérêt que présenterait une étude de la Cour sur cette question. La connaissance que les parlementaires ont du terrain leur permet de fait de mesurer l'enjeu qui s'y attache. Il y a un an, lorsque nous avons rendu public le rapport sur l'éducation nationale, nous avons passé trois ans sur ce sujet et entendu tout ce que l'éducation compte d'acteurs : jamais il n'avait été question de la médecine scolaire – tout comme il n'en est pas question dans le dossier remis aux élèves, comme vient de le relever Mme Langlade.

Mettre ce sujet sur la place publique constitue donc un premier acquis considérable. L'enjeu est en effet très important, moins du point de vue financier – il ne s'agit que de 0,7 % du budget de l'éducation nationale – que social, et je ne vous cacherai pas que nous avons parfois été saisis par les témoignages que nous avons entendus au cours des auditions. Je pense au médecin scolaire de Seine-Saint-Denis examinant, un lundi matin, un élève qui s'était blessé pendant le week-end, mais qui ignorait que les urgences fonctionnaient même le dimanche, ou à ce médecin de Mayenne découvrant, à l'occasion d'une visite médicale, le très grave état de santé d'un enfant venant de Bosnie. Nous avons également été très frappés par le décalage entre la très forte conscience qu'avaient les médecins

et infirmiers scolaires de l'importance de leur mission et leur sentiment, tout aussi fort, que cette mission n'était pas suffisamment reconnue.

Nous n'avons pas voulu nous lancer nous-mêmes dans la définition des indicateurs parce que cela ne relève pas de notre responsabilité mais, quand on prend l'ensemble des tâches, on voit très bien comment ils peuvent se décliner. Qu'il s'agisse des élèves handicapés, des élèves des lycées professionnels qui doivent travailler sur des machines dangereuses ou du nombre de séances d'éducation à la santé, trouver des indicateurs ne pose pas de problème, mais il faut ensuite s'interroger sur leur place et sur leur hiérarchisation. Faire ce travail d'analyse nécessite non pas des moyens, mais de l'inventivité. Les médecins scolaires souffrent de ce que personne ne lit leurs rapports d'activité. Que disent-ils de l'état des enfants ? C'est la seule question qui vaille. Mais comment faire remonter l'information ? Comment l'exploiter ? C'est à cela que servent les indicateurs. Ces médecins sont indignés à l'idée que l'on puisse réduire leur activité au seul taux de visites à six ans, car cela ne représente qu'une faible partie de ce qu'ils font. De surcroît, alors que la totalité d'une classe d'âge devrait être examinée à six ans, seulement deux tiers de ces enfants profitent de cette visite, et cette fraction diminue chaque année. Or, ces examens permettent d'identifier des problèmes d'audition et de vision, et éventuellement de vaccination, chez environ 50 % de ceux qui les subissent. Cela signifie que la moitié des 37 % d'enfants qui ne sont pas vus sont, à très court terme, en situation d'échec scolaire. C'est une responsabilité considérable.

S'agissant du pilotage national, il faut que la médecine scolaire soit visible, qu'elle ait un animateur, une figure médicale reconnue susceptible de parcourir le territoire, de réunir les médecins et les infirmiers scolaires dans les académies, de prendre à témoin l'opinion des enjeux de la médecine scolaire. Et au-delà de cette animation, qui est déjà en soi un exercice important dans une démocratie, il faut mettre en évidence les leviers d'action. Nous avons parlé des objectifs, mais la question considérable de l'allocation des moyens est posée. Nous sommes dans une situation d'autant plus difficile que les déserts médicaux scolaires correspondent aux déserts médicaux au sens général. Il est beaucoup plus difficile de combler les postes vacants au Nord que de recruter des médecins au Sud. M. Bernier s'est demandé si l'on ne pourrait pas faire appel aux médecins du secteur privé dans ces zones. La réponse est donnée quand on sait que 17 euros sont attribués pour de telles vacations aux médecins du secteur privé. A-t-on dès lors une chance d'attirer un médecin généraliste qui travaille par ailleurs douze heures par jour avec des consultations à 23 euros ?

Certains d'entre vous ont évoqué le pilotage local. C'est un sujet délicat car il n'y a pas d'accord général sur le territoire pertinent. Nous citons longuement, dans le rapport, une réponse du ministère de l'Éducation nationale qui rappelle les débats ouverts sur le sujet lors de la décentralisation et qui penche plutôt pour un traitement au niveau régional. En même temps, selon les médecins scolaires et les infirmiers que nous avons entendus, il faudrait plutôt traiter la question au niveau des bassins infra-départementaux. Puisque les agences

régionales de santé ont vocation à organiser la coordination des soins, ainsi que la séquence entre médecine de PMI, médecine générale et médecine scolaire, elles ont là un chantier à ouvrir – et certains directeurs d'ARS en ont le désir.

L'informatique a un peu changé la donne. Un médecin nous a ainsi dit que, grâce à elle, il était désormais en mesure d'envoyer des mails aux principaux responsables des CHU, de leur adresser une urgence. Les nouveaux moyens de communication facilitent effectivement la circulation de l'information. La question de l'accès au dossier médical individuel va d'ailleurs se poser et les médecins scolaires que nous avons auditionnés ne relèvent pas de difficultés dans leurs relations avec les médecins généralistes. L'information circule donc, mais les inégalités sont telles que le temps dont disposent les médecins scolaires pour assurer le suivi des visites est bien plus réduit dans certains territoires que dans d'autres. À cela s'ajoute évidemment la responsabilité des familles, auxquelles les médecins ne peuvent pas se substituer.

S'agissant des examens à six, neuf, douze ou quinze ans, le Premier président vous a répondu. Il nous a paru étrange, pour ne pas dire plus, que sur un sujet d'une telle importance il n'y ait pas d'accord entre les deux ministères concernés. Il y a un accord général sur le fait que la visite à six ans est capitale pour détecter différents troubles, par exemple les troubles de la vision, mais nous ne sommes pas compétents pour apprécier s'il faut supprimer une autre visite. Avec la sémantique propre à la vie administrative dans notre pays, on peut se demander si une visite médicale est plutôt un bilan de santé, un dépistage, ou autre chose. Pour notre part, nous signalons que la compréhension varie en fonction des situations locales et qu'il faudrait réfléchir à la répartition des rôles entre l'équipe éducative, qui peut détecter des cas, le médecin, qui peut s'occuper des cas plus graves, et l'infirmier qui peut faire un premier bilan. Comme vous le savez, les infirmiers scolaires viennent souvent de l'hôpital. On pourrait envisager que, grâce à une formation plus longue, ils puissent faire de la médecine scolaire. Il faut donc engager une réflexion, non pas sur les moyens, mais sur l'articulation des compétences.

Vous avez posé la question de l'attractivité. Comme l'a souligné le Premier président, il y a des disparités considérables entre les médecins de PMI, les médecins de santé scolaire et les médecins du travail. Ainsi, un médecin scolaire commence à 1 754 euros, soit un traitement inférieur à celui d'un interne, et un médecin scolaire de première classe en fin de carrière a un traitement inférieur de 174 euros à celui d'un médecin du travail qui débute. Nous n'avons pas à porter de jugement sur ce que doit être le bon niveau de rémunération, mais il y a là une piste évidente pour la revalorisation de cette activité.

Nous avons aussi été frappés par l'absence de valorisation des acquis de compétence. Dans le secteur de la médecine scolaire, beaucoup d'infirmiers viennent de l'hôpital et beaucoup de médecins étaient généralistes – ce sont souvent des femmes, qui réduisent leur activité par exemple pour s'occuper de leurs enfants. Après le concours, ils passent entre huit et seize semaines, en

fonction des compétences et de l'expérience professionnelle de chacun, à l'École nationale de santé publique de Rennes, mais il n'y a pas de valorisation de cette formation. Un médecin scolaire qui est arrivé au niveau maximal n'a pas de perspective de carrière, sauf à devenir médecin conseiller technique, auquel cas il gagnera autour de 4 900 euros. Et s'il veut recommencer à exercer la médecine générale, la compétence santé publique qu'il a acquise dans sa formation et dans l'exercice de son activité n'est pas reconnue. Il y a là aussi une piste d'autant plus intéressante à suivre que l'on nous a dit, lors de l'audition des deux médecins responsables de la formation des médecins de santé scolaire à l'École nationale de Rennes, que l'expérience française, cette exception scolaire, intéressait beaucoup les pays étrangers et même la Finlande, que l'on présente pourtant souvent comme le laboratoire des progrès en matière d'éducation.

Quel équilibre ménager entre les activités de suivi médical et celles d'éducation à la santé ? Nous ne sommes pas compétents pour le définir, mais des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) ont été installés partout et nous avons été frappés par la forte implication des équipes pédagogiques et des chefs d'établissement. Selon ces derniers, « la santé est entrée dans l'école ». L'acuité croissante des questions de mal-être, de souffrance, de violence fait de la santé un sujet d'éducation. Nous pensons qu'il ne faut pas se contenter, en matière d'éducation à la santé, d'organiser des journées sans tabac, des conférences sur la violence ou la sexualité, et qu'il faut s'interroger sur l'impact qu'ont de telles journées sur les jeunes. Cela n'est pas fait.

S'agissant de l'idée de décentraliser la médecine scolaire, celle-ci a fait l'objet d'un débat, mais a été abandonnée en 2003. L'Allemagne, l'Angleterre ont fait le choix d'une décentralisation locale, mais nous confirmons que cela ne correspond pas au souhait des organisations syndicales de médecins et d'infirmiers scolaires et nous constatons surtout l'absence d'un accord sur le bon niveau. Dans certaines villes qui ont des services de médecine scolaire pour les écoles primaires – c'est le cas notamment de Paris, Nantes et Lyon –, les taux d'encadrement sont supérieurs, mais le coût de ces services est également plus élevé. Le débat a donc eu lieu ; il a été tranché et s'il doit être repris, il s'agira de répondre à une seule question : quel est le bon système pour réduire les inégalités territoriales ?

Monsieur le président Méhaignerie, des moyens de communication plus adaptés permettraient de mettre en évidence, d'un territoire à l'autre, des pratiques utiles ou efficaces. Faudrait-il que des équipes mobiles se déplacent sur certaines zones ? Nous n'avons pas obtenu de réponse unanime à cette question. Certains médecins pensent qu'il faudrait avoir un tel système dans certaines zones alors que d'autres estiment capital l'attachement à un établissement.

En conclusion, on ne peut réduire le sujet à la question des moyens, même si nous sommes confrontés à un problème de revalorisation. L'état de santé préoccupant de nos élèves nous impose de réfléchir à une organisation permettant de traiter avec efficacité et détermination ce qui est un enjeu important pour la réussite de tous les jeunes.

M. le Président Bernard Accoyer. Je remercie MM. Didier Migaud et Jean Picq pour cette collaboration inaugurale, qui est la démonstration éclatante de l'intérêt qu'il y a à faire vivre cette synergie entre la Cour et l'Assemblée nationale. Le sujet lui-même a d'ailleurs déjà été choisi de manière concertée avec la Cour, et, de son côté, le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques se prêtait particulièrement bien à l'exercice puisque le Comité traite de sujets transversaux. Je veux également saluer le travail de MM. Pascal Duchadeuil et Joël Montarnal. La Cour a ainsi montré toute l'étendue de ses compétences techniques, toute la puissance de son travail collégial et sa capacité à se mobiliser de façon exemplaire.

Comme toujours lorsque l'on se penche sur un sujet transversal, il faut prendre du recul, de la hauteur face à cette spécificité française, dont nous devrions nous féliciter. Cette audition nous a en effet appris que ce type de service n'existait pas dans d'autres pays : c'est déjà un point positif. Par ailleurs, nous avons tellement l'habitude d'additionner les structures, les services, de ne pas remettre en cause ce qui existe pour éviter de faire de la peine à tel ou tel, que nous perdons en efficience. J'ai bien noté que, dans le contexte financier contraint que la Cour des comptes met régulièrement en évidence, il fallait savoir faire mieux avec au maximum les mêmes moyens. Et il faut bien reconnaître que, depuis plusieurs décennies, les gouvernements qui se sont succédé n'ont pas mené de politique absolument convaincante en matière de santé publique. La politique d'assurance maladie figurait au premier rang de nos soucis à tous et, du coup, la prévention, l'éducation sanitaire se sont construites au fil de l'eau, induisant des problèmes de toutes sortes : absence de pilotage, absence d'évaluation et d'objectifs, solitude des professionnels qui se demandent si tout ce qu'ils font est pris en charge, conditions de rétribution qui posent question, absence de délégation des tâches clairement définie alors que les infirmières scolaires sont des professionnelles ayant de l'expérience et qu'elles peuvent traiter les problèmes psychosociaux, sanitaires, d'addiction... Autant de sujets dont les élus politiques feraient bien de se saisir au moment de s'adresser à nouveau à leurs électeurs. La France a tout à gagner à réfléchir, non seulement à l'accès de tous aux soins, mais aussi à la prévention, qui ne s'arrête pas aux portes de l'école et mérite d'être érigée en objectif national partout dans le pays. Mais cette même exigence d'égalité impose aussi que la prévention soit déclinée de façon adaptée aux territoires, voire aux micro-territoires, aux établissements scolaires. Les ARS paraissent être le niveau approprié pour traiter ce problème.

Les pistes proposées par la Cour seront, je n'en doute pas, explorées par les pouvoirs publics. Il faut en effet d'abord définir un grand cadre politique, de grands choix qui s'articulent autour de valeurs partagées par tous, et faire ensuite avec les moyens nécessairement contraints dont nous disposons. Mais des marges de progression existent, notamment grâce à l'engagement des personnels au service de cette mission difficile, qui mérite une beaucoup plus grande attention des pouvoirs publics. Je remercie donc à nouveau la Cour et tous ceux qui ont participé à cette première promesse pour la coopération entre nos deux institutions.

RÉUNION DU CEC DU 17 NOVEMBRE 2011 : EXAMEN DU PROJET DE RAPPORT D'INFORMATION

M. Jean Mallot, président. Le premier point à l'ordre du jour de notre réunion est l'examen du rapport consacré à l'évaluation de la médecine scolaire. Ce rapport a pu s'appuyer sur la contribution de la Cour des comptes, dont le rapport nous a été présenté ici même le 6 octobre par M. Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes, et a soulevé des questions pour lesquelles il nous incombait de poursuivre le travail et de formuler des préconisations. Nous avons parmi nous aujourd'hui un représentant de la Cour des comptes, M. Joël Montarnal, conseiller référendaire, qui a été le rapporteur du sujet qui nous réunit aujourd'hui.

M. Gérard Gaudron, rapporteur. Le 7 avril dernier, le Comité d'évaluation et de contrôle nous a confié, à Martine Pinville et à moi-même, la charge d'animer une mission parlementaire d'évaluation sur la médecine scolaire. Cette mission m'était alors apparue comme le prolongement naturel du « bilan de santé » de la médecine scolaire que Marc Bernier et moi-même avons dressé en octobre 2010 dans un avis budgétaire présenté devant la Commission des affaires culturelles. Marc Bernier et moi-même avons pris en effet à cette occasion une première mesure des difficultés graves auxquelles se trouve confrontée la médecine scolaire et de l'inquiétude que ses personnels manifestent face à une telle évolution.

J'ajoute qu'il s'agit là d'un problème au confluent de trois thématiques essentielles pour l'avenir de notre société : l'enfance, la santé et l'école.

Quelques données éclaireront les enjeux du débat : la médecine scolaire représente environ 10 000 personnes, pour la plupart agents de la fonction publique, parmi lesquelles 7 500 infirmières et 1 500 médecins ; le budget correspondant s'élève à environ 450 millions d'euros ; 500 000 visites systématiques sont organisées chaque année pour les enfants qui ont atteint l'âge de 6 ans. On voit donc que, si l'enjeu budgétaire n'est pas absolument majeur pour l'État, il n'est pas pour autant négligeable, loin s'en faut.

Pour compléter ses propres investigations, notre mission parlementaire a bénéficié de l'assistance de la Cour des comptes, que le Comité d'évaluation et de contrôle a sollicitée au titre de l'article 47-2 de la Constitution. Il faut ici saluer le travail remarquable réalisé par la troisième chambre de la Cour des comptes, sous la direction de son président, M. Jean Picq, et les membres du Comité d'évaluation et de contrôle ont en mémoire la présentation faite devant le Comité par le Premier président de la Cour des comptes, M. Didier Migaud, le 6 octobre dernier, des conclusions de l'évaluation conduite par la Cour.

Notre mission parlementaire a mené parallèlement aux travaux d'évaluation de la Cour ses propres investigations, qui ont pris la forme de

21 auditions d'experts et d'acteurs de tous horizons de la médecine scolaire, de déplacements sur le terrain, à Lille, Lyon, Montpellier et Villeurbanne, ainsi que de questionnaires écrits. En particulier, la quinzaine de communes ayant conservé un service municipal de santé scolaire ont été interrogées, ce qui a permis de compléter le travail de la Cour des comptes.

Ces investigations de terrain, dont les résultats recourent pour l'essentiel les conclusions de la Cour des comptes, nous ont permis de constater que la médecine scolaire avait su se mobiliser massivement pour permettre à l'Éducation nationale de relever deux grands défis au cours de la décennie qui vient de s'écouler : la scolarisation des enfants handicapés ou souffrant de maladies chroniques et la détection des troubles du langage et de l'apprentissage.

Notre mission a aussi constaté que les personnels infirmiers de l'Éducation nationale occupent aujourd'hui un rôle majeur dans le dispositif d'éducation à la santé et la prise en charge des situations de souffrance psychiques dans les établissements du second degré.

Cependant, il ne faut pas cacher que la réussite sur ces points particuliers a nui à l'atteinte des objectifs officiellement assignés à la médecine scolaire, car elle a été obtenue sans l'octroi de moyens supplémentaires. L'écart n'a jamais été aussi grand qu'aujourd'hui entre les missions de plus en plus nombreuses qui sont confiées à la médecine scolaire et les moyens humains et matériels dont celle-ci dispose.

Notre mission parlementaire a pu en outre vérifier que l'action des personnels de santé de l'Éducation nationale s'inscrit dans le cadre de politiques publiques au cœur des préoccupations des pouvoirs publics. Toutefois, cette action est mise en œuvre dans un cadre réglementaire qui n'est manifestement plus adapté aux enjeux actuels. Le positionnement institutionnel est trop complexe, le pilotage ministériel insuffisamment coordonné avec la politique sanitaire, les textes sont anciens et les objectifs éloignés de la réalité du terrain : la mission parlementaire partage pleinement les éléments du constat dressé par la troisième chambre de la Cour des comptes sur la nécessité de rénover le cadre d'emploi du dispositif de médecine scolaire.

Au premier chef, les personnels de santé, comme d'ailleurs la Cour des comptes, font notamment observer que les objectifs fixés au titre de la politique de santé publique en direction des enfants et adolescents sont aujourd'hui définis de manière trop étroite pour adapter les interventions à la diversité des situations. Ils ont parfaitement raison.

Notre mission parlementaire a relevé par ailleurs que la profession de médecin scolaire était menacée par des perspectives démographiques très défavorables – bien plus défavorables encore que les autres professions médicales. En effet, les trois quarts des médecins scolaires actuellement en activité sont âgés de plus de 50 ans et vont donc rapidement quitter le milieu professionnel. Les

chiffres relatifs aux nouveaux médecins scolaires enregistrés font apparaître une véritable crise des vocations : seulement trois nouveaux médecins sont entrés dans la profession en 2010 pour la France entière. La cause en est l'insuffisante attractivité de la carrière proposée au sein du ministère de l'Éducation nationale, alors que tous soulignent par ailleurs la variété et l'intérêt d'un exercice médical en milieu scolaire. Ces perspectives démographiques nous donnent à craindre un effondrement des effectifs dans les dix années à venir si aucune mesure n'est prise. Ne rien faire, ce serait programmer l'asphyxie et la mort lente d'un dispositif que pourtant – une fois n'est pas coutume – des pays scandinaves eux-mêmes nous envient, comme nous l'a rappelé M. Didier Migaud.

Clarifier les missions assignées à la médecine scolaire, réformer son pilotage et susciter de nouvelles vocations : tels sont les défis majeurs à relever, qui justifient que le Parlement s'en saisisse pour sauver la médecine scolaire – car c'est bien de cela qu'il s'agit.

M. le président Bernard Accoyer remplace M. Jean Mallot au fauteuil de la présidence du Comité.

Mme Martine Pinville, rapporteure. Chers collègues, nos projets de recommandations vous ont été transmis lundi dernier, et sont distribués sur table. Ils figurent au début du projet de rapport qui vous a également été distribué, immédiatement après la synthèse du rapport. Ces recommandations sont peu nombreuses, mais ont fait l'objet d'une discussion approfondie au sein de notre petit groupe de travail, que nous remercions de son apport très constructif. Nous avons envisagé diverses orientations de court et de plus long terme, traduisant selon les cas des ambitions modestes ou plus élevées.

La discussion budgétaire, et en particulier la commission élargie qui a examiné le budget de l'enseignement scolaire, a donné lieu à un premier échange avec le ministre de l'Éducation nationale. Celui-ci a indiqué qu'un effort allait être fait à court terme notamment pour améliorer les niveaux de rémunération des jeunes médecins scolaires en début de grille. C'est un effort louable, que nous soutenons et qui doit aboutir rapidement. Cependant, cela ne suffira manifestement pas à régler l'ensemble des problèmes actuels de la médecine scolaire, notamment celui du défi démographique. C'est pourquoi nous avons envisagé des orientations plus ambitieuses et de plus long terme.

Avant d'en venir aux recommandations que nous formulons en tant que rapporteurs, Gérard Gaudron et moi-même tenons à souligner qu'un sujet recouvre tous les autres : la place de la santé à l'école.

Plus que jamais, la santé a sa place à l'école. La disparition des maladies transmissibles qui furent à l'origine de la médecine scolaire n'a pas privé celle-ci de raisons d'être. La santé est certes un élément déterminant de la réussite scolaire pour les élèves : l'école a aujourd'hui la mission de dépister les problèmes de santé susceptibles d'entraver la scolarité des élèves et de faciliter l'insertion en son

sein des enfants qui souffrent d'une maladie ou d'un handicap. Mais ce n'est pas tout : la mission de l'école à l'égard des élèves intègre dans son volet éducatif l'objectif de développer le sens des responsabilités et les compétences des enfants au travers de l'éducation à la santé. Enfin, en tant qu'institution publique, l'école est devenue un acteur à part entière des politiques de santé menées par l'État en direction des enfants scolarisés. Elle ne peut cependant aujourd'hui assumer ce rôle qu'en développant des liens avec les autres acteurs de prévention et en trouvant sa place au sein d'une prévention organisée autour de l'enfant.

Les personnels de santé scolaire sont des acteurs indispensables à la réalisation de ces missions, et nous avons la conviction que c'est au sein des services de l'État que la médecine scolaire sera le plus à même de relever de tels défis.

La médecine scolaire doit cependant mieux se positionner au sein du système de la prévention sanitaire et avoir la capacité de se faire reconnaître parmi les acteurs de prévention comme un partenaire actif, disposant d'une capacité à mobiliser des moyens propres autour d'objectifs communs clairement identifiés.

Pour cela, il faut que la médecine scolaire soit pourvue d'une certaine autonomie dans la gestion des moyens dont elle dispose, ce qui n'est actuellement pas le cas. Il convient également que ses structures de direction soient dotées des instruments nécessaires à un vrai pilotage, c'est-à-dire de véritables capacités d'analyse des besoins sanitaires et d'évaluation des actions engagées, et pas seulement des instruments de gestion administrative.

Cette réflexion sur le système sanitaire français et le positionnement de la médecine scolaire nous apparaît comme préalable à une redéfinition des missions de la santé scolaire, que nombre de ses personnels appellent de leurs vœux face à l'empilement des tâches qui les submergent. Si nous considérons au terme de cette mission que nous n'avons pas forcément les compétences médicales nécessaires pour savoir s'il convient d'abandonner une mission plutôt qu'une autre, nous sommes convaincus qu'une solution satisfaisante ne pourra apparaître que dans un cadre plus large intégrant l'action coordonnée de l'ensemble des acteurs de la prévention sanitaire, et pas seulement la médecine scolaire.

Les solutions à la crise actuelle sont donc à rechercher dans le cadre d'une politique globale de renforcement de la prévention autour de l'enfant, qui se développerait selon plusieurs axes complémentaires. Il faut tout d'abord créer une instance nationale interministérielle chargée de définir les axes d'une politique de santé et de prévention des risques sanitaires en faveur des enfants. Nos investigations et celles de la Cour des comptes font clairement apparaître que notre système de santé souffre de l'absence d'un organe d'expertise capable d'organiser une vision globale de cette politique de santé et qui soit chargé de conseiller le Parlement et le Gouvernement sur la situation sanitaire des enfants et des adolescents, ainsi que sur la répartition des rôles entre les acteurs de cette

politique. Nous préconisons de confier ce rôle à une instance spécifique au sein du Haut conseil de la santé publique, dont c'est la vocation.

Il est en second lieu nécessaire de réaffirmer la place essentielle que la santé des élèves doit avoir pour l'institution scolaire, mais aussi de clarifier le contenu de la mission de promotion de la santé confiée à l'école. L'appui que la médecine scolaire apporte à la politique éducative conduite par l'Éducation nationale ne doit pas occulter la permanence d'enjeux sanitaires au sein de la population scolaire, ni les enjeux spécifiques de l'éducation à la santé. Cela implique non seulement une adaptation des modalités du suivi budgétaire actuellement réalisé par le Parlement, mais aussi que le législateur indique plus précisément qu'il ne l'a fait jusqu'à présent les missions de l'école dans ce domaine.

Il convient par ailleurs de revoir en profondeur le pilotage ministériel de la médecine scolaire en créant des organes de pilotage disposant d'une certaine autonomie de gestion au niveau tant national que rectoral, afin que les objectifs nationaux ou régionaux de santé publique soient mieux pris en compte par le ministère de l'Éducation nationale et que la médecine scolaire puisse devenir un acteur à part entière d'un système de prévention sanitaire coordonné autour de l'enfant.

Il va cependant de soi que ce but ne pourra véritablement être atteint que si les agences régionales de santé (ARS) intègrent dans les politiques régionales de santé l'objectif d'installer un système de prévention coordonné autour de l'enfant et de l'adolescent, articulé autour de financements spécifiques et d'une capacité opérationnelle pour l'élaboration de diagnostics territoriaux et l'évaluation des actions sanitaires, ce qui n'existe pas actuellement. Pour clarifier nos propositions, et même si l'organisation de l'administration est une question de nature réglementaire, nous avons souhaité qu'un projet d'organigramme cible figure en annexe au projet de rapport.

Enfin, face aux défis que représente l'évolution de la démographie médicale pour le recrutement de médecins de prévention dans la fonction publique, et en particulier pour la médecine scolaire, nous préconisons une approche commune à tous les corps médicaux concernés, dans le but d'améliorer l'attractivité de ces métiers par un statut rénové dans un cadre interministériel commun, de faciliter la mobilité et les perspectives professionnelles de ces médecins de prévention et de permettre la délivrance d'une formation initiale et continue, organisée autour d'un socle commun.

En conclusion, idée généreuse autant que républicaine, la médecine scolaire a traversé plusieurs crises depuis sa fondation en 1945, conduisant à s'interroger sur le sens de ses nombreuses missions et sur les attentes de la société à son égard. Les temps ont changé depuis l'immédiat après-guerre et l'état sanitaire de la population, et en particulier celui des jeunes, s'est bien amélioré. La médecine scolaire – notre médecine scolaire, faudrait-il dire – est aujourd'hui à

nouveau à la croisée des chemins. Instrument indispensable à la réalisation de plusieurs politiques publiques majeures en milieu scolaire, mais néanmoins soumise à une très forte pression démographique, elle ne pourra continuer d'accomplir ses missions sans une action énergique des pouvoirs publics pour assurer sa pérennité et lui donner une nouvelle capacité d'adaptation face aux enjeux actuels de la santé publique.

Pour conclure, le titre que nous proposons pour le rapport est le suivant : « Une médecine scolaire renforcée et rénovée au service de l'enfant ».

M. Jean Mallot. Je félicite les rapporteurs pour le travail qu'ils viennent de nous présenter. Ce rapport est très important également pour la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), dont je suis co-président et qui travaille actuellement sur la prévention sanitaire. La Cour des comptes a d'ailleurs produit également pour la MECSS un rapport préliminaire qui nous est fort utile et dont les premières constatations soulignent le caractère morcelé des actions de prévention dans notre pays et le besoin de coordination qui se fait sentir. La Cour des comptes propose que cette coordination soit assurée par la Direction générale de la santé et insiste sur le rôle des ARS. La médecine du travail et la médecine scolaire, souvent mentionnées mais dont la mobilisation est parfois difficile, étant deux des grands acteurs de la prévention, le travail qui nous est présenté aujourd'hui nous sera très utile.

Une difficulté consiste à concilier les objectifs de chaque organisme avec l'intérêt général. Ainsi, les deux grands défis récents mentionnés dans la synthèse du rapport – la scolarisation des enfants handicapés ou souffrant de maladies chroniques et la détection des troubles du langage et de l'apprentissage – sont directement liés à l'apprentissage scolaire. Or, la médecine scolaire va au-delà de la détection et du traitement de ces dysfonctionnements et inclut le dépistage de troubles de toutes sortes, qui dépassent le champ scolaire. L'intérêt général doit donc lui aussi dépasser ce cadre, ce qui suppose que les actions de prévention de la médecine scolaire soient insérées dans des programmes régionaux ou nationaux et que certains cloisonnements soient atténués et, si possible, supprimés.

Par ailleurs, le rapport évoque davantage les médecins scolaires que les infirmiers, qui ont un rôle très important dans nos établissements et pour lesquels les difficultés de recrutement, de formation et d'insertion dans les dispositifs généraux sont également fortes.

M. Guy Geoffroy, vice-président de la commission des lois constitutionnelles et de l'administration générale de la République, suppléant son président. Je remercie également les rapporteurs de leur travail et de la présentation qu'ils viennent d'en faire. Ayant été pendant plus de 35 ans au contact des élèves, que j'avais mission d'encadrer dans mes différentes fonctions, je témoigne que le sujet n'est pas anecdotique.

Tout en souscrivant aux propos de M. Mallot, je tiens à souligner quelques points importants du rapport, qui exigent une véritable révolution dans les pratiques de l'État. Au moment où celui-ci doit se recentrer sur ses priorités, il importe que les jeunes confiés à l'Éducation nationale bénéficient de toutes les possibilités d'atteindre les objectifs dont dépend leur réussite. On évoque souvent les 150 000 jeunes – et même davantage – qui quitteraient le système scolaire sans bénéficier d'un diplôme ou d'un bagage leur permettant de s'insérer, ainsi que le nombre élevé d'enfants quittant l'enseignement primaire pour entrer dans le secondaire avec de vrais déficits – que, malgré tous les moyens injectés, ils ont fort peu de chances de combler –, mais l'étape du dépistage des difficultés dans les premiers apprentissages n'a, malgré des progrès, pas encore été complètement atteinte. La médecine scolaire est à cet égard incontournable, même si la problématique est évidemment plus large.

Tout ce qui peut permettre, sur des bases médicales solides, le dépistage des troubles du langage et de l'apprentissage doit être privilégié. Tout ce qui peut permettre aux médecins scolaires de se voir conforter dans leur capacité à prescrire des examens doit être conforté. En effet, comme les médecins du travail, les médecins scolaires sont habilités à prescrire, mais ils le font trop peu, comme s'ils craignaient d'entrer en contradiction avec le médecin traitant.

Il y a en outre une urgence nationale à développer l'attractivité du métier de médecin ou d'infirmier en milieu scolaire – on n'attrape pas des mouches avec du vinaigre ! Il faut se demander si le statut de médecin au sein de la fonction publique permet à de jeunes médecins ou à des médecins expérimentés de passer par la médecine scolaire à un moment de leur carrière. Peut-être d'autres statuts, hors du cadre de la fonction publique, contribueraient-ils à accroître l'attractivité. Évitions la situation dramatique dans laquelle nous nous trouverions si, dans dix ans, compte tenu de la pyramide des âges, plus aucun médecin ne choisissait la médecine scolaire.

M. Marcel Rogemont. Je m'associe moi aussi aux remarques des orateurs précédents sur la qualité du rapport qui nous est fourni. Ce rapport montre bien la marginalisation que connaît la médecine scolaire, du fait notamment de la diminution des effectifs de médecins – qui touche semble-t-il davantage les vacataires que les permanents. Les auteurs du rapport ont-ils examiné les pratiques et l'impact de cette situation dans les collectivités territoriales ? Certaines collectivités s'investissent en effet dans la médecine scolaire et pourraient apporter des éléments complémentaires pour l'analyse de l'ensemble du dispositif.

Mme Pascale Crozon. Je souscris moi aussi aux observations qui ont été faites. La proposition de confier à l'ARS la coordination de la médecine scolaire me paraît très importante.

Il convient en outre de ne pas oublier l'éducation sexuelle dans les établissements. Le chiffre de 10 000 grossesses annuelles chez les mineures ne diminue pas – cette question fera d'ailleurs l'objet d'une proposition de loi

présentée par Mme Bérengère Poletti – et il faut donc donner aux médecins et infirmiers scolaires des outils supplémentaires pour développer la prévention dans les établissements et éviter ainsi tant d'interruptions volontaires de grossesse dommageables au début d'une vie sexuelle. Diverses mesures devront être mises en place, notamment une formation destinée aux enseignants, pour éviter une aggravation de ce problème.

M. René Dosière. Quand on prend connaissance, dans ce rapport, de l'état de la médecine scolaire, on comprend mieux pourquoi l'État a cherché à plusieurs reprises à décentraliser ce service. De fait, l'État a coutume de décentraliser les politiques qui ne fonctionnent pas bien, sachant que les collectivités locales prendront les moyens nécessaires pour qu'elles fonctionnent mieux.

L'hypothèse d'une décentralisation de la médecine scolaire n'est cependant évoquée que d'une manière descriptive dans le rapport, sans que les rapporteurs prennent position à ce propos. Cette décentralisation permettrait-elle à la médecine scolaire de disposer de plus de moyens et de fonctionner dans de meilleures conditions ? Des liens existent d'ailleurs avec la protection maternelle et infantile (PMI), qui relève de la compétence des conseils généraux.

M. le Président Bernard Accoyer. La médecine scolaire, dont les missions sont tournées vers la santé publique et l'éducation, a pour premier objet le dépistage, d'une part, des affections somatiques telles que la tuberculose, le rachitisme ou les troubles musculo-squelettiques et métaboliques, qui relèvent de la polyvalence médicale, et, d'autre part, des affections ou troubles comportant une dimension psychoaffective, psychologique ou psychiatrique, qui relèvent d'une formation et de connaissances qui ne figurent pas au cœur de la formation polyvalente des médecins. En effet, lorsqu'on dépiste un trouble de langage, de praxie, de lecture ou de calcul, ou que l'on suspecte une psychopathie psychosociale ou des troubles psychiques graves du type autisme, la polyvalence n'est pas toujours la meilleure solution et des professionnels ayant reçu une formation plus spécifique ont bien souvent un meilleur jugement, une meilleure appréciation, de meilleurs outils et donc un meilleur taux de dépistage dans le cadre de ces *screenings* très larges.

C'est dans un deuxième temps qu'apparaît le second rôle de la médecine scolaire, qui n'a pas besoin d'une surqualification des professionnels : juger de l'efficacité et de l'efficacités de la prise en charge – hormis le cas très particulier de la validation des cadres d'insertion des enfants handicapés dans la scolarité. Votre conclusion, qui consiste à confier un rôle plus important aux ARS, me semble donc tout à fait pertinente. En effet, ces troubles ne se présentent pas de la même manière dans les différentes régions de notre pays... Confier aux ARS le rôle de mettre au bon endroit le bon professionnel doté des bons moyens est une évolution positive.

L'éducation sexuelle, qui est une information et une prévention, s'inscrit dans la même démarche et une formation médicale n'est pas indispensable pour la dispenser – il en va d'ailleurs de même, par exemple, pour la diététique.

La surqualification présente à cet égard des risques importants, car elle peut conduire à ne pas identifier des troubles qui seraient immédiatement découverts par un orthophoniste ou une psychologue. Il faut, je le répète, insister sur le rôle de dépistage de la médecine scolaire et confier aux ARS le rôle de synthèse et de coordination.

Madame et monsieur les rapporteurs, je vous remercie pour votre travail remarquable et je vous donne la parole pour répondre aux questions qui vous ont été posées.

M. Gérard Gaudron, rapporteur. Merci, monsieur le président, d'avoir apporté des réponses de spécialiste à plusieurs de ces questions.

Si ce rapport évoque peu les infirmiers, c'est pour rétablir un certain équilibre avec celui que j'avais rédigé avec M. Bernier, dans lequel il en était beaucoup question. Les infirmières ont évidemment un rôle très important, que ce soit pour la prévention ou pour le fonctionnement quotidien des établissements – dans la prévention contre les grossesses non désirées, par exemple, ce sont elles qui sont en première ligne.

Pour ce qui concerne l'attractivité de la carrière, nous proposons un statut commun pour les médecins scolaires et les médecins de santé publique, afin de permettre aux médecins scolaires qui prennent leurs fonctions d'avoir la perspective ultérieure d'une autre activité dans le même corps, s'ils souhaitent infléchir le déroulement de leur carrière. Par ailleurs, l'attractivité financière des postes est exécrationnelle : un médecin scolaire débutant est moins rémunéré que lorsqu'il était interne !

Mme Martine Pinville, rapporteure. La rémunération est en effet un vrai problème.

Dans les quinze ans qui viennent, 70 % des médecins scolaires partiront en retraite : c'est un véritable défi, qui donne sa force à la proposition de créer un corps interministériel réunissant les médecins de santé publique et les médecins scolaires – et peut-être aussi les médecins du travail à plus long terme, bien que le statut de droit privé dont relèvent ces derniers puisse rendre la chose plus difficile.

Il est de fait que certaines collectivités territoriales s'engagent en faveur de la médecine scolaire – c'est le cas par exemple à Lyon, à Villeurbanne ou à Montpellier, où nous nous sommes rendus. Les moyens financiers qu'elles y consacrent sont cependant sans comparaison avec ceux qu'y consacre l'État. Ainsi, à Lyon, ce montant est supérieur à 100 euros par enfant, contre 37 euros pour l'Éducation nationale, ce qui se traduit évidemment par des différences substantielles en termes de prévention ou d'accompagnement. À Villeurbanne,

chaque école bénéficie d'une permanence infirmière. À Montpellier, un dispositif d'accompagnement en santé a été mis en place pour les jeunes et leur famille. Nos déplacements sur le terrain nous ont montré toute l'efficacité de cette démarche pour les enfants et les adolescents mais, j'y insiste, grâce à des moyens financiers importants.

Le travail doit s'accomplir en partenariat avec l'agence régionale de santé. Les auditions auxquelles nous avons procédé ont démontré que le pilotage de la médecine scolaire suscitait des interrogations fortes, du fait notamment de la multiplicité des missions, ce qui pousse à n'assumer en priorité que les plus urgentes ou celles dont la réalisation est la plus immédiate.

Nous avons senti qu'un état des lieux s'imposait dans les différentes régions, et qu'il devait se traduire par des actions – certainement différentes selon les régions et les publics. Le recteur de l'académie d'Aix-Marseille, par exemple, a engagé un travail important en direction des enfants dyslexiques, qui représentent jusqu'à 10 % des enfants dans certains quartiers difficiles. Un diagnostic sanitaire est donc indispensable, suivi d'une évaluation des actions mises en œuvre. Les médecins scolaires ne peuvent pas tout faire.

La décentralisation de la médecine scolaire a en effet été évoquée au cours de nos travaux, mais cette perspective pose la question des moyens et de l'égalité de traitement des élèves dans l'ensemble de la France. Sans doute les conseils généraux, qui gèrent déjà la PMI, seraient-ils capables de prendre aussi en charge la médecine scolaire, mais il n'est pas certain que les actions seraient menées partout de la même manière. L'école est obligatoire pour tous les enfants, et nous considérons à l'issue de nos travaux que la médecine scolaire doit rester une mission de l'Éducation nationale.

M. le Président Bernard Accoyer. Je félicite encore nos rapporteurs pour leur travail considérable et j'adresse à la Cour des comptes mes remerciements chaleureux, pour cette collaboration dont je me félicite, en particulier au rapporteur de la Cour, M. Joël Montarnal.

Conformément aux dispositions de l'alinéa 8 de l'article 146-3 du Règlement et de l'article 132-5 du code des juridictions financières, le Comité autorise la publication du rapport d'information, auquel le rapport de la Cour sera annexé. Le rapport sera distribué et mis en ligne sur le site internet de l'Assemblée nationale. Il sera transmis au Gouvernement.

ANNEXE N° 1

LES SERVICES MUNICIPAUX DE SANTÉ SCOLAIRE EN EXERCICE EN FRANCE

Les services municipaux scolaires exercent leur activité en vertu de l'article L. 14122-1 du code de la santé publique, qui autorise les services communaux d'hygiène et de santé qui étaient en fonction avant l'entrée en vigueur des lois de décentralisation de 1983 à continuer d'exercer leur activité dans un cadre dérogatoire, à la place des services de l'État ou des départements ⁽¹⁾.

Il existe actuellement 208 services communaux d'hygiène et de santé sur le territoire national, mais un petit nombre d'entre eux seulement exerçaient des activités de santé scolaire au moment de la décentralisation et ont poursuivi cette mission : la mission parlementaire en a recensé 13, présents principalement dans des grandes villes, auxquels s'ajoutent neuf communes du département des Hauts-de-Seine ⁽²⁾, qui, disposant d'infirmières scolaires depuis 1930, ont fait le choix de les mettre à disposition de l'inspection académique pour des interventions en milieu scolaire sur le territoire (45 infirmières sont ainsi en fonction dans les établissements des communes concernées).

La mission parlementaire a ainsi interrogé les maires de ces communes et s'est déplacée sur le terrain, auprès de deux services municipaux, à Villeurbanne et à Lyon, pour rencontrer les responsables et les agents de ces services ainsi que les professionnels de santé travaillant en partenariat avec ces derniers.

Ces investigations ont fait apparaître que si les communes concernées ont choisi un champ d'intervention centré autour des écoles du premier degré, avec des extensions variables selon les cas, les modalités d'organisation qu'elles ont retenues sont diversifiées. L'ampleur des moyens mobilisés et les compétences médicales rassemblées permettent à ces collectivités de mettre en œuvre des stratégies de dépistage particulières, en complément des bilans de santé obligatoires.

I.- PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES SERVICES MUNICIPAUX DE SANTÉ SCOLAIRE EN EXERCICE

Les 13 services municipaux de santé aujourd'hui en activité présentent des origines diverses. Si les quatre services les plus anciens ⁽³⁾ sont antérieurs à la loi de 1902 qui créa les bureaux communaux d'hygiène publique, les services de santé scolaire créés ultérieurement furent le département scolaire des centres communaux d'hygiène et de santé voulus par les municipalités dans l'entre-deux-guerres (Grenoble, Villeurbanne et Saint-Quentin) ou dans

(1) Article L1422-1 du code de la santé publique :

« Les services communaux d'hygiène et de santé qui, à la date d'entrée en vigueur de la section 4 du titre II de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État, exercent effectivement des attributions en matière de vaccination ou de désinfection ainsi qu'en matière de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène continuent d'exercer ces attributions par dérogation aux articles 38 et 49 de ladite loi. À ce titre, les communes dont relèvent ces services communaux d'hygiène et de santé reçoivent la dotation générale de décentralisation correspondante dans les conditions prévues par le code général des collectivités territoriales. »

(2) Asnières-sur-Seine, Bois-colombes, Boulogne-Billancourt, Courbevoie, Gennevilliers, Levallois, Meudon-la-Forêt, Rueil-Malmaison, Villeu-neuve-la-Garenne.

(3) Bordeaux, Nice, Lyon et Paris.

l'immédiat après-guerre (Antibes-Juan-les-Pins, Vénissieux, Clermont-Ferrand et Nantes)⁽¹⁾. Ce rattachement administratif ne semble cependant plus d'actualité du fait de l'évolution des organigrammes, qui rassemblent désormais souvent les services offerts par les collectivités locales soit autour de pôles (rattachement de la santé scolaire à un pôle « éducation »), soit selon une logique de métier (services à vocation sanitaire et sociale).

Le périmètre d'intervention choisi par les municipalités se concentre sur le site des établissements du cycle primaire (école maternelle et élémentaire), deux communes sur 13 ayant élargi ce champ d'intervention à des établissements du second degré : la commune d'Antibes-Juan-les-Pins, dont le service de santé scolaire intervient dans les collèges et lycées privés, et la Ville de Paris qui a, par ailleurs, la charge de lycées municipaux. Huit communes déclarent couvrir la totalité des classes de maternelle – ce qui implique pour certaines d'entre elles la prise en charge, sur la base d'une convention spécifique, du bilan de santé des 3-4 ans normalement réalisé par la PMI –, tandis que quatre limitent leur intervention en école maternelle à la classe de grande section, lieu de réalisation du bilan de santé à 6 ans. Deux communes ont circonscrit leurs interventions aux établissements publics du cycle primaire (Strasbourg et Lyon).

La population urbaine couverte par l'ensemble de ces services municipaux santé scolaire compte 310 000 élèves, représentant 4,6 % des effectifs scolaires nationaux du premier cycle (écoles maternelles et élémentaires).

II.– DES MODALITÉS D'ORGANISATION VARIÉES

Parmi les 13 services étudiés, deux sont exclusivement infirmiers, à Vénissieux (10,8 emplois temps plein d'infirmières) et à Clermont-Ferrand (13 emplois temps plein d'infirmières). Toutefois, à la différence des neuf communes du département des Hauts-de-Seine qui emploient au total 45 infirmières participant au service de santé scolaire de l'éducation nationale, ces services infirmiers conservent une autonomie de gestion se traduisant par la désignation d'une infirmière chargée de la coordination, placée sous l'autorité d'un responsable administratif.

Une seconde forme singulière observée parmi les services municipaux de santé scolaire se caractérise par l'intégration d'un service d'assistantes sociales au sein de la santé scolaire. Il s'agit d'un aspect important pour les services des villes de Grenoble et de Lyon, mais plus mineur pour les villes de Strasbourg et Cannes. Les responsables et les personnels des services de la ville de Lyon ont souligné devant la mission parlementaire qui les a rencontrés le 29 septembre 2011 l'intérêt sanitaire qu'ils ont vu à ce que les actions de dépistage réalisées par les personnels de santé soient relayées par un accompagnement social des familles dans le recours aux soins lorsqu'il s'avère que les familles ont des difficultés. L'analyse des budgets salariaux communiqués par les municipalités montre toutefois que la prise en compte de cette mission sociale implique pour les municipalités qui l'assument des coûts de fonctionnement plus élevés que dans le cas des autres services municipaux, supérieurs à 100 euros par élève et par an pour les trois villes de Grenoble, Lyon et Nantes.

Parmi les dix villes qui emploient des médecins et des infirmières, un ratio d'un médecin pour trois infirmières est fréquent, mais ce ratio est supérieur en faveur des médecins lorsque des personnels administratifs médicaux leur sont adjoints pour la gestion des dossiers. Le cas de la Ville de Paris, qui a fait le choix d'employer une majorité de

(1) *Le cas du service de la ville de Strasbourg doit être considéré à part, la ville étant allemande au moment de la création de ce service (1903).*

médecins (au nombre de 64) assistés chacun d'une secrétaire médicale (au nombre de 69) et seulement 8 infirmières, constitue l'exemple où la présence médicale est la plus forte.

Par ailleurs, des personnels médicaux spécialisés sont associés à la réalisation des dépistages dans 6 services sur 13. Il s'agit principalement de chirurgiens-dentistes réalisant des dépistages bucco-dentaires (présents dans trois services) et d'orthophonistes spécialisés dans la détection des troubles du langage et de l'apprentissage (présents dans deux services). Les autres spécialistes mentionnés sont des psychologues (dans deux services), une orthoptiste (dans un service) et une diététicienne (dans un service). Il faut noter que ces spécialistes n'étant pas toujours employés à temps complet, ils sont la plupart du temps recrutés en tant que vacataires, à la différence des personnels médicaux et infirmiers qui sont dans leur très large majorité titulaires.

Au niveau du budget de l'État, des crédits s'élevant à 3 millions d'euros ont été inscrits au projet de loi de finances pour 2012 dans le cadre du programme 230 « *Vie de l'élève* », au titre des dépenses d'intervention en faveur des collectivités territoriales. Depuis la loi de finances du 23 février 1963 qui a supprimé les participations départementales et communales de ces collectivités pour la couverture des frais d'examen médical des élèves en les mettant à la charge exclusive de l'État, celui-ci verse en effet annuellement une subvention forfaitaire destinée à indemniser ces villes de leurs frais pour ce qui relève des dépenses obligatoires d'examens médicaux des élèves. D'après le ministère de l'Éducation nationale, cette subvention est établie « *en fonction du nombre d'élèves scolarisés dans ces villes en grande section de maternelle et dans l'enseignement du premier degré public et privé et des crédits budgétaires* » disponibles ⁽¹⁾. En 2011, onze villes, appartenant à dix académies, y compris la Nouvelle-Calédonie, ont bénéficié du versement d'une subvention.

Le montant total des crédits budgétés est en augmentation significative depuis 2006, date à laquelle ces crédits s'élevaient à 0,9 million d'euros. Toutefois, pour la plupart des services municipaux de santé scolaire, la participation de l'État ne couvre qu'une partie très faible des coûts réellement engagés par les communes, comme le montrent les réponses des collectivités concernées au questionnaire de la mission parlementaire.

(1) Réponse du ministère de l'Éducation nationale à une question écrite des rapporteurs.

TABLEAU 1 : DATE DE CRÉATION DES SERVICES MUNICIPAUX ET PÉRIMÈTRE D'INTERVENTION

Communes	Date de création	PÉRIMÈTRE d'intervention	Organisation en secteur (si décrite)
Antibes-Juan-les-Pins	1945	Écoles maternelles et élémentaires + collèges et lycées privés	
Bordeaux	1865	Écoles maternelles et élémentaires	4 secteurs. Équipe de secteur : 1 médecin, 1 infirmière, 1 secrétaire médicale
Cannes		Écoles maternelles principalement, et écoles élémentaires	
Clermont-Ferrand	1950	Écoles maternelles et élémentaires	
Grenoble	1924	Écoles maternelles et élémentaires	5 secteurs. Équipe de secteur : 1 médecin,
Lyon	1879 ⁽¹⁾	Classes de grande section de maternelles et écoles élémentaires publiques	

(suite du tableau page suivante)

(1) *Le service municipal de santé scolaire de Lyon a communiqué les informations suivantes :*

« Le 19 juillet 1831, la municipalité de Lyon institue une commission chargée de présenter un plan d'organisation des salles d'asile. La municipalité lance une souscription pour ouvrir au cours de l'été 1832 deux salles d'asile et inscrit à son budget, l'année suivante, des crédits destinés aux frais de location. En 1886, ces lieux deviennent officiellement les écoles maternelles et l'attention se porte en milieu scolaire sur la propreté (pédiculoses, dents, mains, etc.).

« Un arrêté préfectoral en date du 1^{er} novembre 1879 prévoit qu'un service médical assure des visites dans les écoles communales laïques de la ville à raison de deux visites mensuelles du médecin inspecteur dans chaque école. Un médecin inspecteur est nommé à la tête de chacune des huit circonscriptions de la ville. Le 27 mai 1890, le P^r Gaillon, maire de Lyon, propose au conseil municipal le regroupement des divers services d'hygiène déjà existants sous une direction unique au sein d'un bureau municipal d'hygiène, qui intègre l'inspection médicale des écoles créée en 1879.

« En mai 1901, on dénombre trois médecins inspecteurs intervenant exclusivement en milieu scolaire. Au cours de l'année scolaire 1909-1910, un « *carnet de santé scolaire* » est institué. En 1919, pas moins de 14 médecins sont chargés de deux visites annuelles collectives et de deux visites sanitaires des locaux. En 1921, des surveillantes-infirmières sont chargées de veiller à l'hygiène des locaux et assistent le médecin dans les soins aux écoliers. C'est également à cette époque qu'un dispensaire scolaire est créé, chargé des « *maladies du nez, gorge, oreilles, déviation osseuses, anomalies psychiques, soins dentaires, affections chirurgicales, maladies du cuir chevelu et de la peau, affections pulmonaires, radioscopie* ».

« En 1928, chaque circonscription médicale comprend, pour 2 000 à 2 500 enfants environ, un médecin inspecteur, assisté de deux assistantes scolaires au moins et disposant d'un cabinet médical situé dans l'école la plus centrale de la circonscription. Cette organisation change peu jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, à l'exception du nombre d'infirmières qui croît à 35.

« En 1943, on dénombre 38 circonscriptions médicales, intégrant écoles publiques et privées, maternelles et élémentaires. »

D'après un mémoire déposé par Mme Chantal Bouchardon en 2004, en vue de l'obtention d'un diplôme supérieur en travail social (collège coopératif Rhône-Alpes, Lyon 2004).

Communes	Date de création	Périmètre d'intervention	Organisation en secteur (si décrite)
Nantes	1942	Classes de grande section de maternelles et écoles élémentaires	
Nice	1889	Écoles maternelles et élémentaires	Chaque médecin a la responsabilité de 6 secteurs infirmiers
Paris	1879	Écoles maternelles ou élémentaires publiques, et lycées municipaux	12 secteurs sous la responsabilité d'un médecin ayant des fonctions d'encadrement
Saint-Quentin	1923	Classes de grande section de maternelles et écoles élémentaires	4 secteurs 1 infirmière par secteur
Strasbourg	1903	Écoles maternelles et élémentaires publiques	
Vénissieux	1948	Classes de grande section de maternelles et écoles élémentaires	
Villeurbanne	1924	Classes de grande section de maternelles et écoles élémentaires	

Source : Services municipaux de santé scolaire

TABLEAU 2 : EFFECTIFS DES SERVICES MUNICIPAUX DE SANTÉ SCOLAIRE

(en équivalent temps plein (ETP), lorsque cette donnée a été communiquée)

Communes	Effectifs de médecins	Effectifs d'infirmières	Effectifs en autres professions paramédicales	Effectifs en autres professions
Antibes-Juan-Les-Pins	2,9 ETP	3,4 ETP	0,8 ETP psychologue 0,1 ETP orthophoniste	4 ETP agents administratifs
Bordeaux	4,8 ETP	3,7 ETP	1 ETP orthoptiste	3,8 ETP secrétariat médical
Cannes	1,6 ETP	3 ETP	1 ETP chirurgien-dentiste	3 ETP conseillères socio-éducatives 2 ETP administratifs
Clermont-Ferrand		13 ETP		
Grenoble	6 ETP	4,5 ETP	0,2 ETP médecin spécialiste 0,65 ETP chirurgien-dentiste 1 ETP assistante dentaire	10,7 ETP assistantes sociales 7,4 ETP secrétariat médical 2,5 ETP conseillers socio-éducatifs 2 ETP secrétariat
Lyon	8,4 ETP	41,5 ETP		21 ETP assistantes sociales 4 ETP conseillers techniques
Nantes	6 ETP	14 ETP		6 ETP assistantes sociales 1 ETP chargé de projet 1 ETP assistante
Nice	4,4 ETP	22,6 ETP	0,5 ETP dentiste 0,6 ETP diététicienne 0,1 ETP psychologue	1 ETP secrétariat
Paris	64 médecins	8 infirmières		69 secrétaires médicales
Saint-Quentin	1 médecin	4 infirmières		
Strasbourg	5,6 ETP	7,5 ETP	0,5 ETP orthophoniste	1 ETP assistante sociale 1 ETP administratif
Vénissieux		10,8 ETP		
Villeurbanne	2,4 ETP	11,2 ETP		

Source : Services municipaux de santé scolaire

TABLEAU 3 : POPULATION SCOLAIRE COUVERTE, COÛT EN CHARGES SALARIALES ET PARTICIPATION FINANCIÈRE DE L'ÉTAT

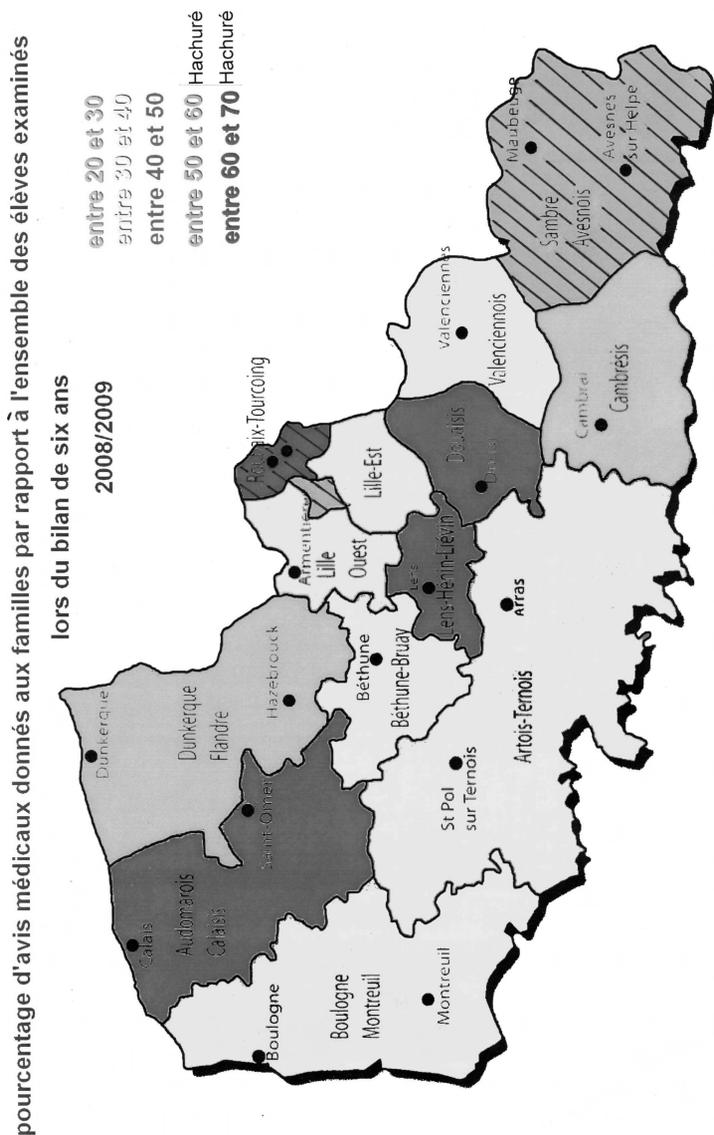
(en montant brut et en pourcentage des charge salariales assumées par ces services)

Communes	Nombre d'élèves suivis	Nombre de groupes scolaires	Charges salariales en euros	Coût salarial par élève en euros	Participation de l'éducation nationale En euros et en % des coûts salariaux	Mention d'une convention
Antibes-Juan-les-Pins	7 700	41	680 000	88	4 000 (0,6 %)	–
Bordeaux	18 500	132	n.c.	–	24 000	Convention avec EN
Cannes	5 700	44	n.c.	–	n.c.	–
Clermont-Ferrand	8 600	32	n.c.	–	n.c.	Convention avec EN
Grenoble	13 500	100	1 700 000	125	65 000 (3,6 %)	Convention avec EN et PMI
Lyon	23 000		n.c.		150 000	–
Nantes	17 500	144	1 750 000	100	29 600 (2 %)	–
Nice	30 000	175	1 500 000	50	37 000	Convention avec PMI
Paris	142 000	664	n.c.	–	n.c.	Convention avec EN
Saint-Quentin	5 398	49	212 300	40	8 088 (3,7 %)	Convention avec EN
Strasbourg	22 500	114	990 000	44	38 700 (3,8 %)	–
Vénissieux	5 269	20	483 000	91	n.c.	–
Villeurbanne	9 700	29	680 000	70	19 300 (2,5 %)	–
Total	309 369					

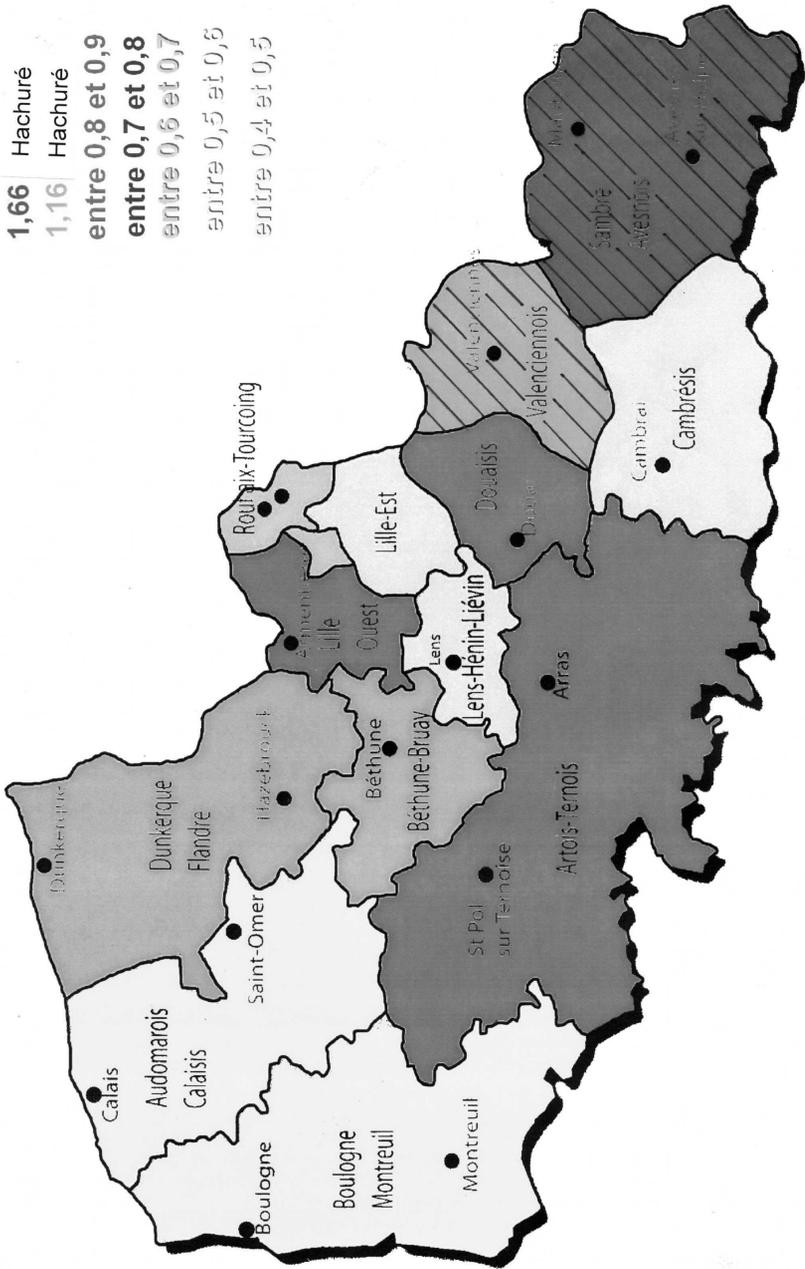
Source : Services municipaux de santé scolaire

ANNEXE n° 2

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES BESOINS SANITAIRES : L'EXEMPLE DE L'ACADÉMIE DE LILLE

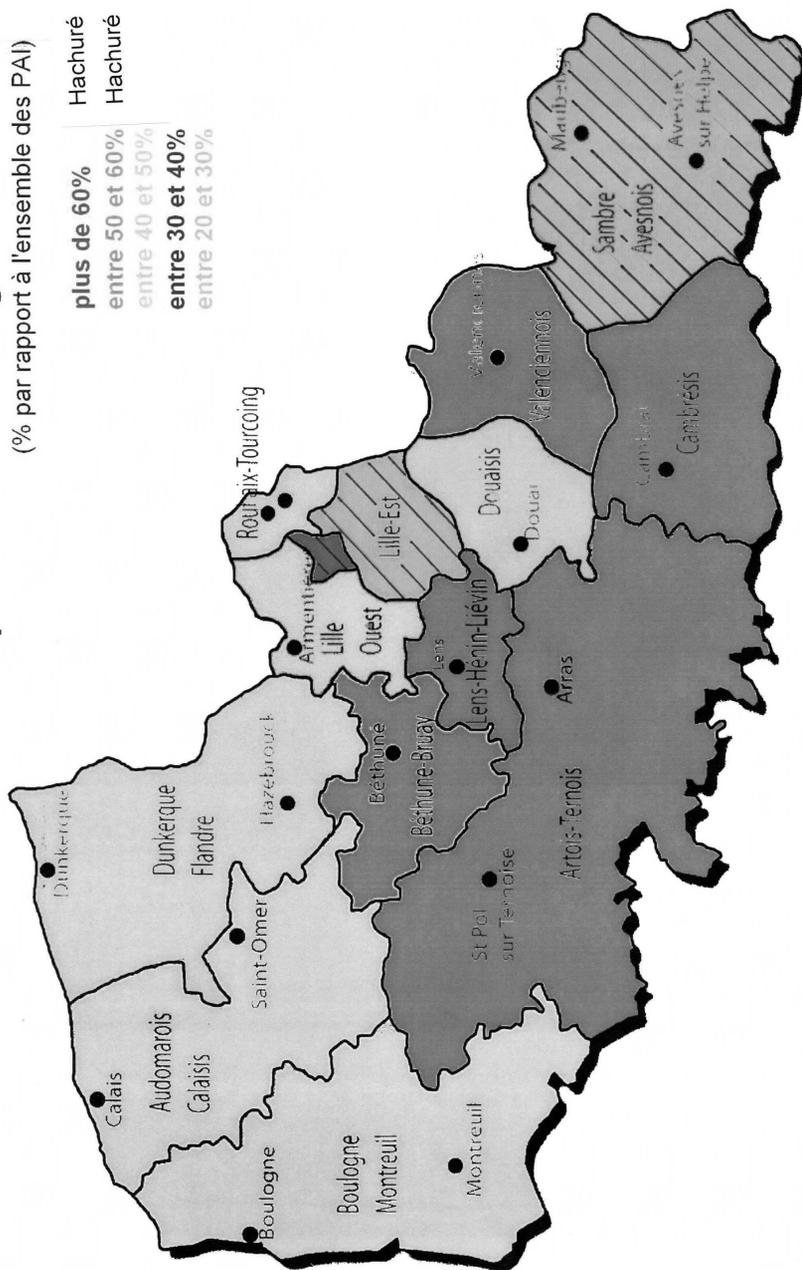


pourcentage de PAI au 30 juin 2009



Source : Rectorat de Lille

P.A.I. pour asthme et allergies au 30 juin 2009
 (% par rapport à l'ensemble des PAI)



Source : Rectorat de Lille

ANNEXE n° 3

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

1. AUDITIONS DU GROUPE DE TRAVAIL

- Mme Marie Choquet, directrice de recherche à l'INSERM (3 mai 2011).
- M. Jean-Michel Blanquer, directeur général de l'enseignement scolaire, au ministère de l'Éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative, Mme Nadine Neulat, chef de bureau et Mme Jeanne-Marie URCUN, médecin conseiller technique, bureau Desco B4, direction de l'enseignement scolaire (10 mai 2011).
- Mme Agnès Ducros, médecin, responsable de formation à l'École des hautes études en santé publique (17 mai 2011).
- P^r Maurice Tubiana, membre de l'Académie nationale de médecine et de l'Académie des sciences (17 mai 2011).
- Mme Annie Mamecier, inspectrice générale de l'éducation nationale, coordonnateur du rapport « Évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège » (24 mai 2011).
- D^r Claude Bravard, médecin conseiller technique honoraire, présidente de l'AFPSSU (association de promotion de la santé scolaire et universitaire), et D^r Marie-Claude Romano, médecin conseiller technique honoraire, secrétaire générale de l'AFPSSU (14 juin 2011)
- M. Jean-Yves Grall, directeur général de la santé, ministère du travail, de l'emploi et de la santé, ancien directeur de l'Agence régionale de santé (ARS) de Lorraine (14 juin 2011).
- P^r Danièle Sommelet, auteur du rapport « L'enfant et l'adolescent, un enjeu de société, une priorité du système de santé » (23 juin 2011).
- D^r Marie-Thérèse Roux, médecin conseiller technique au rectorat de Poitiers, présidente de l'Association des médecins conseillers techniques de l'éducation nationale (Ascomed) (23 juin 2011).
- M. Laurent Chambaud, directeur du pôle santé publique à l'agence régionale de santé d'Île-de-France (23 juin 2011).
- D^r Irène Kahn-Bensaude, vice-présidente du conseil national de l'Ordre des médecins, présidente de la section Santé publique (23 juin 2011).
- M. Jean-Louis Michard, inspecteur général de l'éducation nationale (20 septembre 2011).
- Mme Claire Brisset, ancienne Défenseure des enfants (20 septembre 2011).
- Mme Anne-Marie Brocas, directrice de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) au ministère du Travail, de l'emploi et de la santé (20 septembre 2011).
- M. Jean-Paul de Gaudemar, recteur de l'académie d'Aix-Marseille (27 septembre 2011).
- M. Alain Boissinot, recteur de l'académie de Versailles (27 septembre 2011).

– Mme Fadela Amara, Mme Danièle Jourdain-Menninger, Mme Myriam Mesclon-Ravaud, D^r Gilles Lecoq, membres de l'inspection générale des affaires sociales (27 septembre 2011).

– M. Didier Houssin, ancien directeur général de la santé au ministère de la Santé, président du conseil de l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES) (27 septembre 2011).

– Mmes Brigitte Accart, secrétaire générale et Sophie Martinat, secrétaire académique et secrétaire départementale du Syndicat national des infirmiers et infirmières éducateurs en santé (SNIES UNSA Éducation), Béatrice Gaultier, secrétaire générale du Syndicat national des infirmier(e)s conseiller(e)s de santé (SNICS) et M. Christian Allemand, secrétaire général adjoint (SNICS) (18 octobre 2011).

– D^r Corinne Vaillant, secrétaire générale du syndicat national des médecins scolaires et universitaires, médecin de l'éducation nationale dans l'académie d'Orléans Tours (SNMSA-UNSA éducation) et D^r Jocelyne Grousset, secrétaire générale adjointe du SNMSA-UNSA, médecin de l'éducation nationale en Seine-Saint-Denis (20 octobre 2011).

– D^r Sophie Brunhes, secrétaire générale du Syndicat national autonome des médecins de santé publique de l'éducation nationale - Union confédérale des médecins salariés et D^r Marie Blandine Basalo, ancienne secrétaire générale du Syndicat national autonome des médecins de santé publique de l'éducation nationale (20 octobre 2011).

– M. Jean Marimbert, secrétaire général de l'éducation nationale (15 novembre 2011).

2. AUTRES TRAVAUX

• Déplacement à Lille : visite au rectorat de l'académie (27 juin 2011).

- Mme Dominique Devise, infirmière conseillère technique ;
- D^r Annick Caron, médecin responsable départemental, conseiller technique auprès de l'inspecteur d'Académie ;
- D^r Charlotte George, médecin, représentant le conseiller technique départemental ;
- Mme Martine Sadik, infirmière scolaire au collège Louise Michel de Lille ;
- D^r Michel Vandeveld, spécialiste en médecine et biologie du sport, spécialiste en santé publique ;
- M. Joël Sansen, conseiller technique du secteur pour l'ASH (adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés) ;
- M. Patrick Louchard, proviseur vie scolaire.

• Déplacement à Villeurbanne : visite du service municipal de santé scolaire (29 septembre 2011)

- direction de la santé publique de la Mairie de Villeurbanne : D^r Sophie Pamiès, médecin directeur, Mme Marie-Jo Deparis, infirmière, D^r Fabienne Beynel-Mélinand, médecin scolaire, Mme Anne-Marie Pascal, D^r Françoise Delanghe Louistisserand, médecin scolaire, Mme Mariane Bruni, responsable administratif et financier, et M. Mathieu Fortin, coordinateur santé ;
- Mme Marie-Claude Nallet, de l'éducation nationale de Villeurbanne Nord ;

– Mme Sylvianne Fernandez-Cagna, inspectrice de l'éducation nationale de Villeurbanne Sud ;

– Mme Valérie Martin, directrice de l'école maternelle Jules Ferry ;

– Mme Sylvie Bontempelli, enseignante référente au Collège Lamartine ;

– Institut de traitement des troubles de l'affectivité et de la cognition (ITTAC) : D^r Louis Forgeard, pédopsychiatre, et Mme Éliane Moulin, psychologue ;

– Mme Régine Cavelier, diététicienne coordinatrice pour le Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (RéPPOP 69) ;

– D^r Martine Juenet-Nore, médecin, Maisons départementales des personnes handicapées du Rhône ;

– Mme Claire Bloy, Mme Anne Fournier-Portal et Mme Stéphane Vacher, responsables territoriales santé ;

– Mme Hagar Levy-Sebbag, orthophoniste ;

– D^r Françoise Bazin, oto-rhino-laryngologiste phoniatre ;

– D^r Françoise Payot, pédiatre-allergologue.

• **Déplacement à Lyon : visite du service municipal de santé scolaire (29 septembre 2011)**

– service médico-scolaire de la ville de Lyon ; Mme Dominique Delorme, conseiller technique médical à la direction de l'éducation, Mme Martine Meunier-Martin, conseiller technique social à la direction de l'éducation, D^r Christine Uzel, médecin scolaire à la direction de l'éducation, Mme Marie-Françoise Barrelon, infirmière scolaire à la direction de l'éducation ;

– M. Jean-Yves Authier, directeur de l'école primaire Nové Jossierand ;

– D^r Isabelle Soares-Boucaud, pédopsychiatre au centre de référence pour les troubles du langage à l'hôpital Édouard Herriot ;

– D^r Pierre Fournet, pédopsychiatre, président de l'association E=MCDys, Réseau Dys/10 ;

– Mme Marie-Claire Thiollier, orthophoniste, coordinatrice de l'association E=MCDys, Réseau Dys/10 ;

– M. Renaud Perdrix, orthophoniste, enseignant à l'ISTR-formation orthophonie ;

– Mme Brigitte Confort, parent, association ADAPEI.

• **Déplacement à Montpellier : visite au rectorat de l'académie (lundi 3 et mardi 4 octobre 2011)**

– D^r Anne Narboni, médecin conseillère technique auprès du recteur, académie de Montpellier ;

– Mme Genevieve Lemonnier, infirmière conseillère technique auprès du recteur, académie de Montpellier ;

– M. Gilles Gustau, direction des élèves, des établissements et de la contractualisation ;

– D^r Davy-Aubertin, médecin conseillère technique auprès de l'inspecteur académique de l'Hérault ;

– Mme Laurence Lucereau, infirmière conseillère technique auprès de l’inspecteur académique de l’Hérault ;

– Mme Clarisse Decroix, centre académique pour la scolarisation des nouveaux arrivants et des enfants du voyage, CASNAV Hérault ;

– Mme Najat Bentiri, psychologue sociale de santé, CESAM migrations ;

– D^r Michel Anger, médecin de l’éducation nationale, bassin de Montpellier Nord ;

– D^r Catherine Maurin, médecin de l’éducation nationale, bassin de Lunel ;

– D^r Myriam Lalauze, médecin de l’éducation nationale, bassin de Gignac ;

– Mme Pascale Airault, directrice de l’école primaire Louisville de Montpellier ;

– M. Philippe Heinrich, enseignant référent de la CLIS de l’école Louisville ;

– Mme Régine Raoux, AVS Co ;

– D^r Martine Paradis, pédopsychiatre au SMPEA de l’hôpital Saint-Éloi de Montpellier, Réseau Philado ;

– D^r Monique Batlag, psychiatre à la polyclinique de psychiatrie pour grands adolescents et jeunes adultes, hôpital La Colombière de Montpellier secteur Montpellier-Lunel ; dispositif « Lieu commun » ;

– D^r Bénédicte Gasc, pédopsychiatre, Maison de l’adolescent de Montpellier ;

– Participation à une séance du comité d’éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) au collège du Pic Saint-Loup, dans l’Hérault, avec M. Thierry Bonafé, principal, Mme Valérie Borgeon, principale adjointe, Mme Catherine Braud, infirmière, Mme Laurence Bonnefoi et Mme Florence Thorez, professeures, Mme Geneviève Lemonnier, infirmière conseillère technique auprès du recteur, Mme Laurence Lucereau, infirmière conseillère technique auprès de l’inspecteur d’académie de l’Hérault, Mme Françoise Reilhan, gestionnaire, ainsi que des parents d’élèves et des élèves ;

– M. Bertrand Blanchard, représentant de l’association Holisme.

ANNEXE n° 4

SIGLIER

- Ademe : Agence de l’environnement et de la maîtrise de l’énergie.
- Afssa : Agence française de sécurité sanitaire des aliments.
- Afssaps : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
- Dares : Direction de l’animation de la recherche, des études et des statistiques, ministère du travail, de l’emploi et de la santé.
- DGS-EA : Direction général de la santé-Environnement et Alimentation.
- Drees : Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques, ministère du travail, de l’emploi et de la santé.
- INCa : Institut national du cancer.
- Ined : Institut national d’études démographiques.
- Inpes : Institut national de prévention et d’éducation pour la santé.
- Inrets : Institut de recherche dans les domaines du transport et de la sécurité des transports. Au 1^{er} janvier 2011, l’INRETS et le LCPC ont fusionné pour donner naissance à l’IFSTTAR Institut français des sciences et technologies des transports, de l’aménagement et des réseaux.
- Insee : Institut national de la statistique et des études économiques.
- Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale.
- INVS : Institut national de veille sanitaire.
- Irdes : Institut de recherche et de document en économie de la santé.
- OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.
- OMS : Organisation mondiale de la santé.
- ONISR : Observatoire national interministériel de sécurité routière.
- UFSBD : Union française pour la santé bucco-dentaire.
- Usen/Cnam : Unité de surveillance et d’épidémiologie nutritionnelle Caisse nationale d’assurance maladie.

ANNEXE N° 5
RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES :
CONTRIBUTION À L'ÉVALUATION
DE LA MÉDECINE SCOLAIRE



Rapport demandé par le président de l'Assemblée
nationale pour le comité d'évaluation et
de contrôle des politiques publiques
(article L. 132-5 du code des juridictions financières)

Contribution à l'évaluation de la médecine scolaire

Septembre 2011

AVERTISSEMENT	7
RESUME	9
ORIENTATIONS	11
INTRODUCTION.....	13
CHAPITRE I OBJECTIFS DE LA MEDECINE SCOLAIRE	15
I - Evolution historique des objectifs.....	15
A - De l'hygiène à la prévention	16
B - De la prévention à l'éducation à la santé.....	17
C - Affirmation d'une mission de promotion de la santé	18
II - Définition législative et réglementaire des objectifs.....	20
A - Objectifs fixés par le code de l'éducation	20
B - Objectifs fixés par la réglementation.....	25
III - Orientations ministérielles	35
A - Projet annuel de performance.....	35
B - Orientations de la DGESCO	36
IV - Politiques académiques	39
V - Directives aux établissements.....	46
CHAPITRE II MOYENS DE LA MEDECINE SCOLAIRE	49
I - Budget	49
II - Répartition des moyens	53
A - Méthode de la DGESCO	53
B - Méthodes des académies	55
III - Recrutement et affectation des médecins et infirmiers de l'éducation nationale.....	58
A - Recrutement et affectation des médecins	58
B - Recrutement et affectation des infirmiers.....	62
IV - Déroulement de carrière des médecins et des infirmiers de l'éducation nationale.....	64
A - Carrière des médecins	64
B - Carrière des infirmiers.....	65
V - Gestion des médecins et infirmiers non titulaires	66
A - Recensement des agents non-titulaires.....	66
B - Gestion des médecins non titulaires	68
C - Gestion des infirmiers non titulaires	69
VI - Evolution des effectifs sur longue période.....	70
VII - Formation initiale et continue.....	72
VIII - Gestion prévisionnelle des effectifs	74
A - Perspectives de départs à la retraite	74
B - Mesures envisagées en faveur des métiers de la médecine scolaire ...	75

IX - Conditions matérielles d'exercice	78
A - Locaux et équipements.....	78
B - Frais de déplacement.....	82
CHAPITRE III ORGANISATION DE LA MEDECINE SCOLAIRE..	83
I - Compétences ministérielles et déconcentrées.....	83
A - Compétences de la DGESCO	84
B - Compétences des services déconcentrés	84
II - Compétence des établissements	86
A - Projets d'école et d'établissement.....	86
B - Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté	88
III - Organisation des services de santé.....	91
A - Lieux d'exercice.....	91
B - Organisation des activités.....	92
IV - Interactions et partenariats	99
A - Niveau national	100
B - Niveaux académiques et départementaux	103
V - Positionnement de la médecine scolaire	105
A - Positionnement institutionnel.....	105
B - Place de la médecine scolaire dans le secteur médical	114
CHAPITRE IV RESULTATS DE LA MEDECINE SCOLAIRE.....	117
I - Mesure des coûts et résultats.....	117
A - Indicateurs de coûts.....	118
B - Remontée statistique de la DGESCO	118
C - Rapports annuels d'activité	121
II - Offre territoriale	123
A - Taux d'encadrement.....	123
B - Enseignement privé sous contrat	130
III - Atteinte des objectifs	133
A - Activités recensées en 2008-2009	133
B - Mesure de la performance	134
C - Enquête intersyndicale sur l'évolution des activités.....	138
IV - Mesure de l'impact.....	142
A - Retours des avis aux familles	142
B - Etat de santé des jeunes	143
C - Enjeux actuels	148
V - Impact de la prévention et de l'éducation à la santé.....	152
CONCLUSIONS ET ORIENTATIONS	157
ANNEXES	169

INDEX DES TABLEAUX ET DES ENCADRES

- 1. La médecine scolaire dans le code de l'éducation**
- 2. Les activités des médecins scolaires allemands**
- 3. Les activités des infirmières scolaires au Royaume-Uni**
- 4. Attentes en matière de redéfinition des missions de la médecine scolaire**
- 5. Crédits ouverts au titre de la santé scolaire**
- 6. Evolution des emplois d'infirmiers et de médecins de l'éducation nationale**
- 7. Consommation des emplois d'infirmiers et de médecins**
- 8. Recrutements des médecins de l'éducation nationale**
- 9. Postes vacants de médecins de l'éducation nationale**
- 10. Recrutement d'infirmiers de l'éducation nationale**
- 11. Evolution des dépenses de vacations des infirmiers et médecins**
- 12. Postes d'infirmiers pourvus par d'anciens non titulaires**
- 13. Projection des départs à la retraite 2011-2019**
- 14. Attentes en matière d'équipement médical**
- 15. Importance de la médecine scolaire dans la vie des écoles et des établissements**
- 16. L'organisation de la médecine scolaire en Allemagne**
- 17. L'organisation de la médecine scolaire au Royaume-Uni**
- 18. Les services municipaux de santé scolaire de Lyon et de Nantes**
- 19. Les agences régionales de santé**
- 20. Evolution des taux d'encadrement**
- 21. Taux d'encadrement en médecins dans l'académie de Créteil**
- 22. Taux d'encadrement en médecins dans le Val-de-Marne**

Avertissement

Sur le fondement de l'article L132-5 du code des juridictions financières, le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale a demandé à la Cour de contribuer, sous la forme d'un rapport, à l'évaluation de la médecine scolaire.

Afin de répondre à cette commande, la Cour a mené ses investigations auprès du ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative, de ses services déconcentrés, d'un échantillon d'écoles et d'établissements du second degré, ainsi que de chefs d'établissement, de médecins et d'infirmiers de l'éducation nationale.

La Cour a sollicité la direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) au titre de sa responsabilité du programme n°230 « vie de l'élève » dont relève la médecine scolaire ; la direction des affaires financières (DAF) en charge de la gestion budgétaire de la médecine scolaire mais aussi de l'enseignement privé sous contrat qui présente des particularités en termes de médecine scolaire ; la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) qui dispose de données sur la médecine scolaire ; la direction générale des ressources humaines (DGRH) en charge de la gestion des médecins de l'éducation nationale. Trois académies (Créteil, Lyon et Nantes) et les onze inspections académiques correspondantes ont été retenues dans un souci de diversité des contextes territoriaux et des enjeux socio-économiques. S'agissant des établissements d'enseignement, un échantillon de 11 écoles maternelles et primaires et de 17 établissements publics locaux d'enseignement (collèges, lycées d'enseignement général et technologique, lycées professionnels) a été constitué en prenant en compte les critères suivants : répartition équilibrée entre les différentes catégories d'établissements ; établissements appartenant à des contextes contrastés en termes sociaux et géographiques (urbain, suburbain et rural, éducation prioritaire et hors éducation prioritaire) ; établissements pourvus ou non en médecins et infirmiers titulaires ; établissements présentant ou non des initiatives particulières en matière de médecine scolaire.

La Cour a complété ses investigations par des entretiens approfondis avec 37 médecins et infirmiers de l'éducation nationale, ainsi qu'avec des responsables de la direction générale de la santé (DGS) du ministère de la santé. Elle a également recueilli auprès de plusieurs ambassades de France des éléments sur l'organisation des services de médecine scolaire dans d'autres pays européens. En outre, elle a procédé

à douze auditions qui lui ont permis d'enrichir son information par les témoignages de responsables ministériels, d'experts, de médecins et infirmiers de cinq académies¹, ainsi que de représentants des syndicats des personnels de santé scolaire et de fédérations de parents d'élèves, dont la liste figure en annexe. Enfin, conformément aux procédures de la juridiction, le présent rapport a fait l'objet d'une contradiction écrite avec le secrétaire général du ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative, la DGESCO, la DGS, ainsi qu'avec les recteurs des académies de Créteil, Lyon et Nantes.

Le présent rapport a été préparé par la troisième chambre de la Cour des comptes, présidée par M. Jean Picq, président de chambre, qui en a délibéré le 30 mai 2011. Le rapporteur était M. Montarnal, conseiller référendaire, et le contre-rapporteur, M. Cadet, conseiller maître en service extraordinaire.

Il en a ensuite été examiné et approuvé par le comité du rapport public et des programmes le 14 juin 2011.

¹ Académies de Créteil, Lyon et Nantes, mais également d'Amiens et de Versailles qui ont été sollicitées pour élargir l'échantillon territorial.

Résumé

Le présent rapport examine successivement les objectifs, les moyens, l'organisation et les résultats de la médecine scolaire.

Les activités des professionnels de la médecine scolaire n'ont cessé de se multiplier au fil des ans. Il est, en effet, demandé aux médecins et aux infirmiers de l'éducation nationale d'assurer, à la fois, un suivi médical obligatoire de l'ensemble des élèves, de diffuser auprès d'eux une éducation à la santé, mais également d'aider ceux qui, au cours de leur parcours scolaire, sont confrontés à des problèmes de santé ou des situations de handicap. Cette multiplication des tâches s'est opérée sans que des priorités n'aient été réellement définies, ni au niveau national, ni à celui des services déconcentrés de l'éducation nationale. Aussi, une clarification des missions de la médecine scolaire et une remise en cohérence de leurs activités sont-elles unanimement demandées par les agents rencontrés en cours d'enquête.

La mise en œuvre des objectifs assignés à la médecine scolaire bute sur la question centrale de la gestion des ressources humaines. Alors qu'ils sont jugés passionnants par les professionnels rencontrés par la Cour, les métiers de la médecine scolaire ne sont pas attractifs, comme en témoigne, en particulier, le rendement très médiocre du concours de recrutement de médecins de l'éducation nationale. En outre, les méthodes de répartition des moyens ne permettent pas, faute de priorités claires et surtout de réelle prise en compte des besoins des publics scolaires, de réduire les fortes inégalités territoriales en matière d'accès de tous les élèves à la médecine scolaire. Enfin, l'avenir des métiers de la médecine scolaire est très préoccupant, au regard des prévisions de départs massifs à la retraite au cours de la prochaine décennie.

Le directeur général de l'enseignement scolaire, responsable du programme budgétaire n° 230 « Vie de l'élève » dont relève la médecine scolaire, a fait observer à la Cour que cette dernière ne se situe pas dans le « cœur de métier » de sa direction. Aussi, le réseau des acteurs de la médecine scolaire n'est-il pas suffisamment animé. Le ministère de l'éducation nationale et celui de la santé ont, en outre, des points de vue divergents sur le rôle de la médecine scolaire en matière de santé publique. Face à l'absence de coordination claire entre les acteurs de terrain de la médecine scolaire et les autres intervenants de la santé des enfants et des jeunes, le rôle des agences régionales de santé qui ont

pourtant vocation à coordonner les différentes politiques médicales aux échelons régionaux, reste encore incertain.

Enfin, les activités de la médecine scolaire sont mal connues et encore moins évaluées. Les statistiques recueillies en la matière ne sont pas fiables et n'aboutissent qu'à une vision très lacunaire des multiples activités des professionnels de la médecine scolaire qui estiment, à juste titre, ne pas être suffisamment reconnus dans leur engagement quotidien en faveur des élèves et de leur réussite scolaire. Faute de démarches d'évaluation, l'impact des actions d'éducation à la santé sur le comportement des jeunes n'est pas non plus mesuré, ce qui empêche de cibler les démarches les plus pertinentes et les plus efficaces. Enfin, force est de constater que les rares données disponibles font apparaître une dégradation des résultats obtenus au cours de la période récente. Ainsi, s'agissant des visites médicales obligatoires, seuls 65% des enfants âgés de six ans en bénéficient aujourd'hui.

En définitive, ces constats qui démontrent un écart profond entre les objectifs ambitieux de la médecine scolaire et la réalité de ses résultats, conduisent la Cour à examiner, sous la forme d'orientations, les moyens qui permettraient de valoriser et d'animer le réseau des acteurs de la médecine scolaire et de le faire fonctionner, à la fois, de façon plus efficiente et plus efficace.

Orientations

La Cour a identifié sept orientations qui appellent des décisions de la part des pouvoirs publics pour que la médecine scolaire devienne une politique publique à part entière :

1. Déterminer des objectifs assortis d'indicateurs précis qui devront recouvrir les principaux aspects de la médecine scolaire et traduire la hiérarchie des priorités à mettre en œuvre ;
2. Mettre en œuvre la répartition des moyens de la médecine scolaire à partir d'une analyse des besoins prioritaires des jeunes ;
3. Donner plus de visibilité et de consistance au pilotage de la médecine scolaire ;
4. Mettre en place à l'échelon territorial des moyens informatiques et de communication permettant de consolider les données relatives aux activités et de développer la transmission des bonnes pratiques ;
5. Inciter les agences régionales de santé à mettre en place des échanges d'informations entre l'ensemble des professionnels de santé, en vue d'un suivi plus efficace des élèves ;
6. Améliorer l'attractivité des métiers de la médecine scolaire par une mise à niveau statutaire et une reconnaissance des compétences professionnelles des médecins et des infirmiers de l'éducation nationale ;
7. Développer des outils permettant de mesurer l'impact de la médecine scolaire sur les élèves dans son double rôle de suivi médical et d'éducation à la santé, tant au niveau national que local.

Introduction

Sur le fondement de l'article L132-5 du code des juridictions financières, le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale a demandé à la Cour de contribuer, sous la forme d'un rapport, à l'évaluation de la médecine scolaire.

L'intitulé de cette commande appelle une précision préalable. En effet, la notion de « médecine scolaire » recouvre *stricto sensu* les activités des médecins de l'éducation nationale, et ne comprend donc pas celles des infirmiers de l'éducation nationale : l'expression définissant l'ensemble des activités des médecins et des infirmiers serait plus précisément celle de la « promotion de la santé scolaire ».

Le présent rapport utilisera cependant par la suite la notion de médecine scolaire, conformément à la demande de l'Assemblée nationale. Il vise à contribuer à une évaluation de la médecine scolaire qui s'adresse à près de 12 millions d'élèves scolarisés dans 54 300 écoles (dont 49 000 de l'enseignement public) et 11 400 établissements du second degré (dont 7 900 de l'enseignement public). A cette fin, il examine successivement ses objectifs (I), ses moyens (II), son organisation (III), ainsi que ses résultats (IV). Il se conclut par une synthèse des principaux constats de la Cour et propose, sous la forme de recommandations, des axes de réflexion.

Chapitre I

Objectifs de la médecine scolaire

Les objectifs actuels de la médecine scolaire sont le fruit d'une évolution historique qui l'a conduite du suivi sanitaire des élèves à une politique de promotion de la santé. Au terme de ce processus, les textes qui définissent les activités des médecins et des infirmiers de l'éducation nationale, énoncent de multiples tâches, sans toutefois déterminer leurs priorités respectives. Aussi, les personnels rencontrés par la Cour aspirent-ils à une redéfinition et une remise en cohérence de leurs activités.

I - Evolution historique des objectifs

La notion de médecine scolaire a évolué au fil des décennies, ce qui explique une évolution progressive des missions qui sont assignées à cette politique publique : d'abord, un suivi sanitaire des élèves, une démarche de prévention à leur égard, puis l'affirmation d'une mission de promotion de la santé qui s'efforce de prendre l'enfant puis l'adolescent dans sa globalité et de le préparer à son devenir d'adulte responsable de son bien-être.

Cet élargissement de l'objet de la médecine scolaire (de l'élève au jeune) et de son domaine d'action (de la lutte contre les maladies à la promotion de la santé) n'implique toutefois pas un abandon des conceptions antérieures. Aussi, une forme de sédimentation s'est-elle opérée, accumulant les domaines d'intervention des médecins et des infirmiers de l'éducation nationale.

A - De l'hygiène à la prévention

Les premières préoccupations en matière de médecine scolaire apparaissent pendant la période révolutionnaire. En 1793, SIEYES, LAKANAL et DAUNOU, représentants du Peuple, exposent à la Convention un projet de décret concernant la santé des enfants scolarisés. A leurs yeux, l'Etat doit veiller à la santé du corps, tout en assurant le développement de l'esprit. La notion d'inspection médicale scolaire apparaît dans le projet d'éducation du peuple français, présenté le 26 juin 1793 par LAKANAL à la Convention nationale. L'article 27 de ce projet précise qu'« *un officier de santé du district est chargé par le bureau d'inspection de visiter dans les quatre saisons de l'année, toutes les écoles nationales du district. Il examine les enfants et indique, en général et en particulier, les règles les plus propres à fortifier leur santé* ».

La médecine scolaire s'est structurée au cours du dix-neuvième siècle. Sous Napoléon 1^{er}, les préfets organisent des visites des collèges et des lycées afin de contrôler si la santé des élèves y est correctement assurée. En 1833, la loi GUIZOT confie à un comité communal la mission de veiller à la salubrité des écoles publiques et privées. L'hygiène entre à l'école sous la Troisième République avec les lois Jules FERRY. Celle de 1886 institue une inspection médicale scolaire dans l'enseignement primaire, mise en œuvre à leur initiative par les collectivités locales. Il s'agit également de diffuser une instruction sur la santé, l'école constituant un lieu privilégié pour informer les enfants sur l'hygiène et prévenir ainsi les maladies contagieuses.

En 1928, Edouard HERRIOT, alors ministre de l'instruction publique, dépose un projet de loi destiné à rendre obligatoire un contrôle médical pour tous les élèves au moyen d'un service spécifique. Toutefois, ce n'est qu'en 1930 que des crédits sont ouverts à cet effet au sein du budget du ministère de la santé publique, nouvellement créé. En 1934, la Chambre des députés adopte le principe d'une inspection médicale scolaire. Toutefois, les moyens restent insuffisants et aucune modalité d'application à l'échelon national n'est publiée. L'initiative reste aux municipalités intéressées par le sujet. Plusieurs grandes villes confient cette tâche à un « bureau d'hygiène » : parmi elles, Lyon et Nantes par exemple, qui ont été interrogées dans le cadre de la présente enquête, ont conservé ces services qui fonctionnent encore aujourd'hui pour l'enseignement primaire.

En 1945, une ordonnance pose les bases d'un « service national d'hygiène scolaire et universitaire » qui relève du ministère de l'éducation nationale. L'objectif de santé publique est de protéger une population exposée à la fin de la guerre à la malnutrition et aux maladies

infectieuses. Le décret d'application de 1946 précise que le budget nécessaire est alimenté par les collectivités publiques (Etat, départements et communes), avec une participation des familles dans le second degré.

Entre 1945 et 1947, plusieurs textes précisent les modalités de recrutement et les tâches du personnel de santé (médecins et « adjointes d'hygiène scolaire »). Ils prévoient l'obligation de construire des centres médico-sociaux (CMS) dans les villes de plus de 5 000 habitants. Ils organisent une « visite médicale d'incorporation scolaire » des enfants, en présence de leurs parents. Ils placent l'ensemble de ce dispositif au sein des inspections académiques, services départementaux de l'éducation nationale.

En 1948, pour des raisons d'économie budgétaire, un décret supprime la direction de l'hygiène scolaire qui avait été créée en 1945 et ne fait subsister que l'échelon départemental de l'inspection médicale des écoles. Cette direction sera recrée en 1954 puis transformée en « service de santé scolaire et universitaire », cette nouvelle appellation annonçant une évolution des objectifs de la médecine scolaire, parallèlement à l'amélioration de l'état sanitaire du pays : à la fin des années 1950, les problèmes individuels d'adaptation et d'échec scolaire prennent le pas sur l'état sanitaire de la population.

B - De la prévention à l'éducation à la santé

En 1964, le service de santé scolaire est transféré au ministère de la santé. Toutefois, le système scolaire s'investit dans l'éducation à la santé. En 1973, la circulaire FONTANET fait entrer à l'école l'information et l'éducation sexuelle. Il s'agit de préparer l'élève « à une conduite librement assumée et à l'exercice de sa responsabilité ». Ce texte distingue une instruction *via* des enseignements et une éducation *via* des actions extérieures à ces derniers.

En 1982, la circulaire BAGNOLET fixe les orientations et le fonctionnement du service de santé scolaire qui est toujours placé sous la responsabilité du ministère de la santé. Elle affirme comme priorité le développement de la prévention médicale au profit des élèves scolarisés, dans le cadre de bilans de santé et d'actions d'éducation à la santé et de suivi de l'hygiène.

En 1984, le ministère de l'éducation nationale se voit confier la responsabilité des actions de promotion de la santé. Les infirmiers relèvent désormais du ministère de l'éducation nationale, tandis que les médecins relèvent toujours du ministère de la santé. Les traces de ces rattachements institutionnels différents restent encore aujourd'hui

perceptibles dans les esprits, alors que les médecins scolaires seront intégrés au sein de l'éducation nationale en 1991.

Par ailleurs, la conception de la santé évolue à l'échelon international. En 1986, la Charte d'Ottawa actualise la définition de l'organisation mondiale de la santé de 1946. D'une simple absence de maladie, la santé est devenue un processus qui évolue tout au long de la vie et permet à un individu de mobiliser ses meilleures ressources pour faire face aux situations de la vie et de la société. De l'idée de prévention, on en arrive à celle de promotion de la santé, « *ressource de la vie quotidienne* » qui « *a pour but de favoriser la prise en charge par une population de sa propre santé ; elle ne relève donc pas uniquement du secteur sanitaire. Elle invite à adopter des modes de vie stimulants* ».

La circulaire de mai 1989 sur la mise en œuvre au sein des établissements scolaires d'une politique pour l'information et la prévention en matière de santé, et notamment du SIDA, jette les fondements théoriques d'une politique d'éducation à la santé : programmes, actions complémentaires « hors classes », interventions par « *toutes les personnes compétentes* ». Elle demande aussi la mise en place d'une cellule *ad hoc* à l'échelon des établissements.

Malgré tous ces textes, l'absence de politique globale génère sur le terrain un éclatement des démarches d'éducation à la santé, par défaut de coordination. Par ailleurs, la parution de textes pendant la décennie 1990 ciblant des thématiques particulières (lutte contre le tabac, les drogues, les conduites à risques, le SIDA), renforce l'impression d'éparpillement.

C - Affirmation d'une mission de promotion de la santé

Publiée le 24 novembre 1998, une circulaire du ministère de l'éducation nationale définit l'éducation à la santé comme un tout cohérent et fixe les modalités du pilotage, le rôle des différents acteurs, ainsi que la nature des dispositifs. Dans une perspective d'éducation globale qui inclut la citoyenneté, sont institués des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) à l'échelon des établissements d'enseignement du second degré.

Par ailleurs, l'éducation à la santé fait son entrée dans le socle commun de connaissances et de compétences². Elle est mentionnée au titre du pilier 6 « compétences sociales et civiques » (« *être éduqué à la sexualité, à la santé et à la sécurité* ») et du pilier 7 : « autonomie et initiative ». L'accent est mis sur les capacités à mettre en œuvre ces

² Institué par la loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école du 23 avril 2005.

compétences et sur les attitudes permettant une approche globale de la santé.

La circulaire de l'éducation nationale du 12 janvier 2001 abandonne la notion de service pour privilégier une « *mission de promotion de la santé* ». Elle pose trois principes : l'association des familles, premières responsables de la santé des élèves ; l'implication de toute la communauté éducative dans la politique de santé ; l'importance des partenariats extérieurs qui doivent être développés dans le cadre des projets d'éducation à la santé. Deux autres textes, l'un concernant les médecins, l'autre les infirmiers, redéfinissent leurs missions respectives, les premiers étant rattachés aux inspections académiques, les seconds étant affectés dans les établissements.

En définitive, cet historique montre les fortes évolutions qu'ont connues les objectifs de la médecine scolaire.

En termes institutionnels, on peut constater des hésitations sur le positionnement de cette dernière, naviguant entre le ministère de la santé et celui de l'éducation nationale, mais aussi entre l'Etat et les collectivités territoriales. En termes de mission, la notion de promotion de la santé a progressivement pris place à côté du suivi sanitaire. Ceci explique un glissement sémantique de la « médecine scolaire » proprement dite qui recouvre les actes cliniques des médecins, à la « santé scolaire » qui comprend également les projets d'éducation à la santé dans le cadre de démarches de prévention.

Enfin, **le choix fait par la France d'une médecine scolaire exercée par des médecins fonctionnaires de l'éducation nationale constitue plutôt une exception à l'échelon européen.** Au Portugal, des médecins généralistes effectuent des vacations dans les établissements scolaires ou examinent les élèves en cabinet. En Espagne, l'éducation à la santé et le suivi médical des élèves ont été transférés aux communautés autonomes. Toutefois, ces dernières assument de moins en moins ce suivi et le laissent à l'initiative des familles qui recourent à leurs médecins traitants. Au Danemark et en Pologne, si les services de santé scolaire intègrent des infirmiers, ce sont des médecins généralistes, des pédiatres et des médecins libéraux qui effectuent des vacations dans les établissements scolaires.

II - Définition législative et réglementaire des objectifs

Les textes législatifs et réglementaires qui fixent les objectifs de la médecine scolaire juxtaposent les notions qui ont sous-tendu l'évolution historique de la médecine scolaire, en faisant voisiner, sans les hiérarchiser, des missions de suivi sanitaire, de prévention et d'éducation à la santé. Ils complètent ce dispositif par des thèmes précis d'action (éducation sexuelle, lutte contre la maltraitance, lutte contre les conduites addictives), sans qu'il soit aisé de percevoir les points d'articulation entre ces approches thématiques avec les missions précitées.

A - Objectifs fixés par le code de l'éducation

Le livre V du code de l'éducation relatif à la vie scolaire consacre son titre IV à la santé scolaire, lui-même présenté en deux chapitres concernant respectivement la protection de la santé et à la prévention des mauvais traitements.

L'encadré suivant rappelle cet ensemble de dispositions.

Tableau n° 1 : La médecine scolaire dans le code de l'éducation

Le livre V relatif à la vie scolaire aborde, dans son titre IV, les visites médicales obligatoires, les centres médico-scolaires et la prévention des mauvais traitements :

Chapitre I : La protection de la santé

Article L 541-1 : « Au cours de leur sixième, neuvième, douzième et quinzième années, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale au cours de laquelle un bilan de leur état de santé physique et psychologique est réalisé. Ces visites ne donnent pas lieu à contribution pécuniaire de la part des familles. Les parents ou tuteurs sont tenus, sur convocation administrative, de présenter les enfants à ces visites, sauf s'ils sont en mesure de fournir un certificat médical attestant que le bilan mentionné au premier alinéa a été assuré par un professionnel de santé de leur choix. A l'occasion de la visite de la sixième année, un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage est organisé. Les médecins de l'éducation nationale travaillent en lien avec l'équipe éducative, les professionnels de santé et les parents, afin que, pour chaque enfant, une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés suite à ces visites. Le ministère de la santé détermine, par voie réglementaire, pour chacune des visites obligatoires, le contenu de l'examen médical de prévention et de dépistage. Des examens médicaux périodiques sont également effectués pendant tout le cours de la scolarité et le suivi sanitaire des élèves est exercé avec le concours d'un service social et, dans les établissements du second degré, de l'infirmier qui leur est affectée. Les visites obligatoires des neuvième, douzième et quinzième années sont assurées pour la moitié au moins de la classe d'âge concernée dans un délai de trois ans et, pour toute la classe d'âge concernée, dans un délai de six ans à compter de la publication de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. »

Article L 541-3 : « Dans chaque chef-lieu de département et d'arrondissement, dans chaque commune de plus de 5 000 habitants et dans les communes désignées par arrêté ministériel, un ou plusieurs centres médico-sociaux scolaires sont organisés pour les visites et examens prescrits aux articles L. 541-1 et L. 541-2. Ils concourent à la mise en œuvre des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé que comporte le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies prévu à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique. »

Chapitre II : La prévention des mauvais traitements

Article L 542-1 : « *Les médecins, l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, les travailleurs sociaux, les magistrats, les personnels enseignants, les personnels d'animation sportive, culturelle et de loisirs et les personnels de la police nationale, des polices municipales et de la gendarmerie nationale reçoivent une formation initiale et continue, en partie commune aux différentes professions et institutions, dans le domaine de la protection de l'enfance en danger. Cette formation comporte un module pluridisciplinaire relatif aux infractions sexuelles à l'encontre des mineurs et leurs effets. Cette formation est dispensée dans des conditions fixées par voie réglementaire* ».

Article L 542-2 : « *Les visites médicales effectuées en application du troisième alinéa (2°) de l'article L. 2112-2 du code de la santé publique et de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 541-1 du présent code ont notamment pour objet de prévenir et de détecter les cas d'enfants maltraités* ».

Article L 542-3 : « *Au moins une séance annuelle d'information et de sensibilisation sur l'enfance maltraitée, notamment sur les violences intrafamiliales à caractère sexuel, est inscrite dans l'emploi du temps des élèves des écoles, des collèges et des lycées. Ces séances, organisées à l'initiative des chefs d'établissement, associent les familles et l'ensemble des personnels, ainsi que les services publics de l'Etat, les collectivités locales et les associations intéressées à la protection de l'enfance* ».

Le Livre IV relatif aux établissements d'enseignement scolaire aborde les comités d'éducation à la santé à la citoyenneté dans son titre II consacré aux collèges et lycées :

Article L 421-8 : « *Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté présidé par le chef d'établissement a pour mission d'apporter un appui aux acteurs de la lutte contre l'exclusion. Ce comité a pour mission de renforcer sur le terrain les liens entre l'établissement d'enseignement, les parents les plus en difficulté et les autres acteurs de la lutte contre l'exclusion. En liaison avec les axes du projet d'établissement, approuvés par le conseil d'administration, il contribue à des initiatives en matière de lutte contre l'échec scolaire, d'amélioration des relations avec les familles, en particulier les plus démunies, de médiation sociale et culturelle et de prévention des conduites à risque et de la violence* ».

Le Livre III relatif à l'organisation des enseignements scolaires aborde, dans son Titre I, l'organisation générale des enseignements et en particulier « l'éducation à la santé et à la sexualité », la prévention et l'information sur les toxicomanies :

Article L 312-16 : « Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé pourront également y être associés. Un cours d'apprentissage sur les premiers gestes de secours est délivré aux élèves de collège et de lycée, selon des modalités définies par décret. »

Article L 312-17 : « Une information est également délivrée sur les conséquences de la consommation d'alcool par les femmes enceintes sur le développement du fœtus, notamment les atteintes du système nerveux central, dans les collèges et les lycées, à raison d'au moins une séance annuelle, par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire ainsi que d'autres intervenants extérieurs. »

Article L312-18 : « Une information est délivrée sur les conséquences de la consommation de drogues sur la santé, notamment concernant les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis, dans les collèges et les lycées, à raison d'au moins une séance annuelle, par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire ainsi que d'autres intervenants extérieurs. »

Source : code de l'éducation

Ces dispositions résultent d'un enrichissement progressif de la législation. En effet, l'article L. 541-1 a été modifié par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance qui a instauré de nouvelles visites médicales obligatoires aux âges de neuf, douze et quinze ans, en plus de celle prévue à l'âge de six ans, au niveau de la grande section d'école maternelle.

Au-delà des dispositions du code de l'éducation, **d'autres textes ont élargi le périmètre d'action de la médecine scolaire**, notamment en fixant des obligations en matière de contraception (loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception) ou de scolarisation des élèves handicapés (loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées).

En définitive, l'ensemble des dispositions législatives relatives à la médecine scolaire donne un sentiment de foisonnement, mais également d'hétérogénéité. Il juxtapose, sans les articuler clairement, des obligations en termes de suivi médical (visites obligatoires des élèves à des âges précis) et des objectifs formulés de façon indicative pour mettre en œuvre des projets ou des dispositifs d'information dans le cadre de la promotion de la santé.

Le code de l'éducation assigne également une double vocation à la médecine scolaire qu'il n'est guère aisé de concilier dans la pratique. D'une part, la médecine scolaire doit assurer un suivi de tous les jeunes qui sont scolarisés. D'autre part, elle doit assurer le suivi des élèves qui sont confrontés à des situations spécifiques, afin de conforter leur réussite scolaire. En effet, si la médecine scolaire concerne l'ensemble des publics scolaires et constitue, à ce titre, un outil pour assurer un suivi médical global des jeunes générations et pour promouvoir auprès d'eux des politiques de prévention, elle est tout autant un outil au service des élèves qui, pour des raisons de santé ou de handicap, nécessitent une prise en charge adaptée au sein du système éducatif. Or, l'enquête et les auditions de la Cour ont fait apparaître les difficultés actuelles de la médecine scolaire pour trouver un équilibre entre ces approches.

Enfin, les missions formulées par le code de l'éducation concernent une médecine pour l'élève situé au sein de l'institution scolaire. Cette lecture explique la position de la DGESCO qui a indiqué à la Cour que « *dans la mesure où la médecine scolaire est une « médecine spécialisée » dans la prise en compte de l'élève dans son cadre scolaire, elle est à même de traiter des difficultés spécifiques liées en particulier aux troubles des apprentissages, aux troubles des comportements, aux problèmes du handicap, etc.* » Cette conception qui est corroborée par le fait que la médecine scolaire relève du budget du ministère de l'éducation nationale, ne correspond pas à celle du ministère de la santé. En effet, celui-ci a fait valoir à la Cour qu'il importe, à ses yeux, de resituer les objectifs de la médecine scolaire « *dans une politique générale de santé publique, l'enfant – élève seulement une partie de son temps – étant considéré dans sa globalité* ». A ce titre, la DGS a souligné « *l'importance de développer une politique interministérielle de santé publique pour l'enfant envisagé dans sa globalité et fondant des décisions explicites sur des données de santé évaluées scientifiquement. Les objectifs pour la médecine scolaire doivent donc s'inscrire en cohérence avec les objectifs globaux de l'enfant* ».

Ces deux visions divergentes de la médecine scolaire - une médecine « pour l'école », une médecine « dans l'école » - militent en faveur d'une clarification des missions fondamentales de cette politique publique qui, tout en gardant les spécificités de son action au service des élèves et de leur réussite scolaire, doit établir des liens plus organisés et plus formalisés avec les politiques de santé publique.

B - Objectifs fixés par la réglementation

Un ensemble de circulaires définit de façon très détaillée les missions de la médecine scolaire et de ses acteurs :

- la mission générale de santé (circulaire du 12 janvier 2001 fixant les orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves) ;
- les missions des médecins de l'éducation nationale, médecins conseillers techniques et médecins des écoles et établissements scolaires (circulaire du 12 janvier 2001) ;
- les missions des infirmiers de l'éducation nationale, infirmiers conseillers techniques et infirmiers des écoles et des établissements scolaires (circulaire du 12 janvier 2001).

Ces circulaires constituent les textes fondateurs de l'actuelle médecine scolaire. L'enquête de la Cour a montré, à ce titre, que les personnels s'y réfèrent spontanément, en évoquant le « bulletin officiel de 2001 » qui en a assuré la diffusion.

- Mission générale de promotion de la santé

La mission générale de promotion de la santé est définie dans les termes suivants : « La mission de promotion de la santé en faveur des élèves a pour objectif essentiel et spécifique de veiller à leur bien-être, de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective. (...) La réalisation de ces objectifs repose sur l'implication et le travail de tous les personnels, membres de la communauté éducative, et plus particulièrement sur un travail en équipe pluri-professionnelle associant les directeurs d'école, les chefs d'établissement, les enseignants, les conseillers principaux d'éducation, les infirmier(ère)s, les conseillers d'orientation psychologues, les médecins, les assistant(e)s de service social, les psychologues scolaires, les secrétaires médico-scolaires... Chacun apporte ses compétences dans le champ global de la promotion de la santé à l'École,

les médecins et les infirmiers(ère)s ayant cependant en tant que professionnels de santé, une mission particulière au sein d'un partenariat spécifique. (...) La promotion de la santé requiert aussi d'organiser efficacement les partenariats nécessaires. (...) Elle [l'éducation nationale] se doit (...) de développer les compétences des élèves pour leur permettre d'adopter des comportements favorables à leur santé. La mission de l'École dans le domaine de la promotion de la santé s'intègre donc dans le processus éducatif concernant l'ensemble des élèves.

Elle vise à :

- *favoriser l'équilibre et le bien-être physique, mental et social des élèves, afin de contribuer à la réalisation de leur projet personnel et professionnel ;*
- *détecter précocement les difficultés susceptibles d'entraver la scolarité ;*
- *agir en appui de l'équipe éducative, pour une meilleure prise en charge des élèves ;*
- *accueillir et accompagner tous les élèves, leur faciliter l'accès aux soins ;*
- *développer une dynamique d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des conduites à risque ;*
- *contribuer à faire de l'école un lieu de vie prenant en compte les règles d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie.*

Elle développe (...) des objectifs spécifiques en faveur d'élèves ou de groupe d'élèves :

- *porter une attention particulière aux élèves en difficulté ;*
- *suivre les élèves des zones rurales et des zones d'éducation prioritaire ;*
- *suivre les élèves scolarisés dans les établissements d'enseignement professionnel ;*
- *contribuer à la protection de l'enfance en danger ;*
- *favoriser l'intégration des enfants et adolescents atteints d'un handicap ;*
- *aider à l'intégration et à la scolarisation des élèves atteints de maladies chroniques.*

Enfin, elle contribue, en liaison avec la direction générale de la santé, à une mission d'observation et de veille épidémiologique. La présente circulaire a pour objet de situer le cadre de la politique de santé

en faveur des élèves portée par tous les niveaux de l'institution scolaire. (...) Le cœur de ce dispositif est l'école ou l'établissement scolaire sur lesquels reposent la définition des besoins, l'impulsion et l'animation des actions dans le cadre du projet d'école ou d'établissement, l'organisation des partenariats de proximité, sous la responsabilité du directeur d'école ou du chef d'établissement, tant en ce qui concerne les élèves que les équipes éducatives. Cette circulaire s'applique à tous les élèves scolarisés dans les écoles et établissements publics locaux d'enseignement et privés sous contrat. »

- Mission et actions des médecins

La mission des médecins de l'éducation nationale s'inscrit dans la politique de promotion de la santé en faveur des élèves et plus largement dans la politique générale du pays en matière d'éducation à la santé : *« L'École est le seul lieu qui permette d'évaluer l'état de santé de l'ensemble de la population des élèves tout au long de leur scolarité. Le rôle des médecins est donc essentiel. Ils interviennent pour tous les élèves en exerçant une action de prévention qui s'inscrit dans la continuité. Ils peuvent être amenés à intervenir aussi dans le cadre des urgences ou de la survenue de maladies transmissibles. Ils ont pour rôle de veiller au bien-être des élèves et de contribuer à leur réussite. Ils ont aussi un rôle spécifique de repérage, de diagnostic, d'évaluation des situations pathologiques aussi bien d'ordre somatique que psychique, et d'orientation vers les structures de prise en charge adaptées. Ils maîtrisent les connaissances scientifiques relatives à la santé et au développement de l'enfant et de l'adolescent, tant au plan individuel que collectif, ce qui leur confère une capacité de conseil technique auprès de l'ensemble de la communauté éducative. »*

La circulaire décrit les actions qu'ils ont à mener :

- organiser la détection précoce des difficultés lors de la visite médicale obligatoire de sixième année ;
- réaliser un bilan de santé des élèves du cycle 3 (classes du CE2 au CM2) en zone d'éducation prioritaire ;
- réaliser un bilan de santé des élèves en classe de troisième 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 ;

-
- 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, d'éducation prioritaire, établissements sensibles et établissements du plan de prévention de la violence) ;
 - mettre en place des dispositifs adaptés en cas d'événement grave survenant dans la communauté 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 ;
 - assurer une mission d'observation et de surveillance épidémiologique ;
 - conduire des actions de formation du personnel de la communauté éducative et adapter les contenus des actions de formation menées au profit des élèves.

En termes de comparaisons internationales, les activités des médecins scolaires français sont proches de celles de leurs homologues d'autres pays européens, comme le montre l'exemple allemand.

Tableau n° 2 : Les activités des médecins scolaires allemands

<p>En Allemagne, le médecin scolaire a pour principales attributions :</p> <ul style="list-style-type: none">- la visite médicale d'entrée à l'école : avant son entrée à l'école, chaque enfant doit effectuer un check-up médical complet avec le médecin scolaire. C'est une condition <i>sine qua non</i> à son entrée à l'école ;- les contrôles médicaux au cours de la scolarité: contrôles réguliers des enfants, généralement en quatrième et neuvième classes, c'est-à-dire à l'âge de 9 ans et 14 ans, en milieu et fin de scolarité ;- le suivi et le conseil des élèves ;- les vaccinations ;- le soutien des professeurs et parents pour l'éducation à la santé, la mise à disposition de programmes de cours.
--

Source : Ambassade de France en Allemagne

- *Mission et actions des infirmiers*

La mission des infirmiers de l'éducation nationale s'inscrit dans une politique générale de promotion de la santé des jeunes :

- « *favoriser les apprentissages, le projet personnel et la réussite scolaire de l'élève, et veiller à son bien-être et à son épanouissement ;*
- *participer à la formation des jeunes dans le domaine des sciences de la vie et améliorer leurs capacités à mettre en valeur leur propre santé par des choix de comportements libres et responsables ;*
- *agir au sein de l'équipe éducative comme conseiller en matière de santé, pour une prise en charge globale de l'élève ;*
- *aider l'élève à construire son projet personnel et professionnel en collaboration avec les enseignants, les conseillers principaux d'éducation, les conseillers d'orientation psychologues, les assistants de service social et les médecins, chacun dans son champ de compétence ;*
- *contribuer à faire de l'école, un lieu de vie et de communication, en prenant tout particulièrement en compte les*

conditions de travail, l'hygiène et la sécurité et les facteurs de risques spécifiques ;

- porter une attention particulière aux élèves en difficulté ;*
- favoriser l'intégration scolaire des jeunes handicapés et des jeunes atteints de maladies chroniques ;*
- contribuer à la protection de l'enfance en danger ;*
- organiser le recueil et l'exploitation des données statistiques des infirmiers, émanant de l'ensemble des écoles et des établissements, relatives à l'état de santé des élèves afin de renseigner le ministère de l'éducation nationale et de participer ainsi à la veille épidémiologique. »*

La circulaire précise, en outre, que « la mission de l'infirmier s'effectue en synergie avec tous les membres de la communauté éducative, dans le respect des compétences de chacun et requiert d'organiser efficacement le partenariat. (...) L'infirmier s'attache à aider [les élèves] à mettre en évidence leurs besoins de santé ou, en lien avec ces derniers, à les faire participer au sein de l'établissement, à une démarche éducative globale. Dans le cadre de ses compétences, il est amené à conceptualiser, organiser et évaluer les actions de promotion et d'éducation à la santé. Dans ce but, il favorise la prise en compte de la santé dans les projets d'établissement et d'école. »

La circulaire décrit les actions que les infirmiers ont à mener :

- accueillir et accompagner les élèves ;
- organiser les urgences et les soins ;
- contribuer, par un dépistage infirmier, à la visite médicale obligatoire de 6^o année ;
- 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 ;
- 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 prioritaire, des établissements sensibles et des établissements relevant du plan de lutte contre la violence en milieu scolaire ;
- faciliter l'information sur l'ensemble des méthodes contraceptives ;
- 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 ;
- mettre en œuvre des actions de recherche et des actions de formation.

Ces activités sont comparables à celles des infirmiers d'autres pays européens, comme le montre l'encadré suivant, relatif au Royaume-Uni.

Tableau n° 3 : Les activités des infirmières scolaires au Royaume-Uni

Les infirmières scolaires (« *school nurses* ») doivent assurer le « *National Child Measurement Programme* » (mesure de la taille et poids dans une optique de prévention de l'obésité) et le « *HPV vaccination programme* », qui constituent, tous deux, des objectifs nationaux. Elles mettent également en œuvre le « *Healthy Child Programme 5 – 19 years old* » qui inclut la mesure de taille, les tests d'audition et de vision, et le suivi de certaines vaccinations. En outre, elles interviennent lors des accidents survenus au sein de l'école, dans la prévention contre les drogues, le tabac et l'alcool, dans les domaines de la santé mentale et du bien-être psychologique, dans l'éducation à la nutrition, dans l'éducation sexuelle ainsi que dans l'accompagnement des jeunes filles enceintes.

Source : Ambassade de France au Royaume-Uni

- Textes relatifs à des thèmes d'éducation à la santé

Parallèlement, un ensemble de textes s'est progressivement constitué pour définir des thématiques relatives à l'information des élèves sur des thèmes précis. Ces textes mettent l'accent sur la notion de projet collectif et d'information auprès des élèves.

A titre d'exemple, la circulaire du 17 février 2003 sur l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées, indique que *« l'évolution des mentalités, des comportements, du contexte social (...) a conduit les pouvoirs publics à développer l'éducation à la sexualité en milieu scolaire comme une composante essentielle de la construction de la personne et de l'éducation du citoyen. (...) L'école a une part de responsabilité à l'égard de la santé des élèves et de la préparation à leur future vie d'adulte : l'éducation à la sexualité contribue de manière spécifique à cette formation dans sa dimension individuelle comme dans son inscription sociale »*.

La circulaire précise les objectifs, la mise en œuvre, la prise en charge et le pilotage de l'éducation à la sexualité :

- *« trois séances d'information et d'éducation à la sexualité doivent, au minimum, être organisées dans le courant de chaque année scolaire. Elles permettent de relier les différents apports concourant à l'éducation à la sexualité et de les compléter notamment dans les domaines affectif, psychologique et social, conformément aux objectifs définis »*.

Sont différenciés les cas des écoles primaires, des collèges et des lycées ;

- la prise en charge repose, dans les écoles primaires, sur les enseignants, au collège et au lycée sur *« une équipe de personnes volontaires, constituée avec un souci de pluralité, associant autant que possible, dans la logique du projet d'établissement, enseignants, et personnels d'éducation, sociaux et de santé, formés à cet effet. Il peut être fait appel à des interventions extérieures (associations) dans le respect des procédures d'agrément en vigueur »* ;
- chaque académie doit se doter d'un projet d'éducation à la sexualité intégré dans le projet académique, *« afin de ne pas multiplier les dispositifs spécifiques »* : *« Il est souhaitable de constituer un dispositif académique de pilotage regroupant l'ensemble des coordonnateurs et des personnes-ressources »*

compétentes sur les thématiques de santé, de prévention et de sexualité. »

Cet ensemble réglementaire appelle des observations. D'une part, les circulaires de 2001 n'ont pas fait l'objet d'une actualisation qui aurait permis de prendre en compte les modifications législatives intervenues depuis lors. Par exemple, elles n'intègrent pas toutes les visites médicales obligatoires qui ont été instituées par la loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance et qui figurent dans la version actuelle du code de l'éducation. Elles sont également antérieures à la loi du 11 février 2005 sur le handicap qui a induit des activités nouvelles pour la médecine scolaire.

Mais, plus qu'une seule actualisation, les médecins et les infirmiers rencontrés par la Cour ont exprimé leurs attentes pour que soient fixées des priorités qui permettraient d'orienter leurs pratiques quotidiennes³.

Une esquisse de cette démarche a certes été formulée dans le rapport annexé au projet de la loi du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école dans les termes suivants : *« Les médecins de l'éducation nationale exercent leur mission en priorité à l'école primaire et dans les zones d'éducation prioritaire. Ils veillent en particulier à dépister les troubles des apprentissages, à suivre les élèves en difficulté, à repérer les enfants victimes de maltraitance et à accueillir les enfants malades et handicapés à tous les niveaux d'enseignement. Chaque établissement du second degré bénéficiera des services d'un(e) infirmier(ère) identifié(e) qui participera, en liaison avec les professeurs concernés, à l'éducation des élèves aux questions de santé ainsi que de nutrition et proposera au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté un programme d'actions en matière de prévention des comportements à risque pour la santé et des conduites addictives (lutte contre le tabac, la drogue, l'alcool), en lien avec les services sociaux et de sécurité de l'Etat ou des collectivités territoriales. Celui-ci (celle-ci) pourra également être associé(e), avec le médecin scolaire, à l'information et l'éducation à la sexualité qui sont dispensés dans les écoles, les collèges et les lycées. »* Toutefois, ce document n'a pas été maintenu⁴ et la démarche qu'il aurait pu amorcer n'a pas été poursuivie.

³ Ainsi, auditionné par la Cour, un médecin de Seine-Saint-Denis a déclaré : *« J'aimerais que la hiérarchie me dise ce que je dois faire ».*

⁴ Cette annexe a été rejetée par décision du Conseil constitutionnel qui avait relevé l'absence de consultation du Conseil économique et social.

Aussi, faute d'une redéfinition de leurs activités en fonction de grandes priorités, les personnels rencontrés durant l'enquête expriment-ils le sentiment d'une accumulation d'actions parmi lesquelles ils sont contraints de faire des choix en fonction des impératifs dictés par l'urgence⁵.

Les mêmes attentes sont formulées par les syndicats de médecins de l'éducation nationale. A ce titre, un courrier du 2 mai 2009 adressé par le syndicat national autonome des médecins de santé publique de l'éducation nationale (SNAMSPEN) au directeur de la DGESCO souligne que *« les missions des circulaires de 2001 sont larges, ambitieuses et c'est normal si l'on veut embrasser l'ensemble des besoins des enfants et des jeunes scolarisés. Ce qui fait défaut, c'est une réelle politique de santé définissant des axes prioritaires en fonction de données objectives de santé publique et modulables selon les particularités locales »*.

Les personnels auditionnés par la Cour ont, à ce titre, souligné **qu'une clarification des objectifs et des activités de la médecine scolaire devrait s'appuyer sur une analyse fine des difficultés de santé des élèves afin d'identifier leurs besoins, notamment en matière**

5 Un directeur d'école de Seine-Saint-Denis souligne qu'il faut « redéfinir le cadre général de l'intervention des différents acteurs de la médecine scolaire (médecin de l'éducation nationale, infirmier scolaire), la multiplicité des dispositifs intra et extrascolaires ayant fait nécessairement évoluer les missions et les rôles. » Dans son rapport d'activité pour 2008-2009, un médecin conseiller technique de l'académie de Nantes souligne qu'« il faut revoir la charge de travail, donc essayer d'établir à nouveau des priorités compte tenu de l'inflation des orientations ». Des médecins du Val-de-Marne jugent que « la réactualisation des missions est indispensable, l'application de la loi de 2005 sur les personnes handicapées, l'intégration des élèves malades et/ou handicapés (...), la participation aux équipes de suivi de scolarité, aux équipes éducatives sont devenues des priorités dans la réalité du terrain, ainsi que les examens à la demande des élèves signalés en graves difficultés scolaires. » Un lycée de la Sarthe souligne que « les tâches obligatoires au regard de l'effectif actuel des personnels de santé ne permettent pas d'avancer significativement sur les deux plans : reconduction des pratiques habituelles et développement de nouvelles activités. Il y a donc un choix politique à effectuer ». Un médecin de Loire-Atlantique déclare : « Je ne crois pas que l'amélioration de l'efficacité de la médecine scolaire dans l'académie et plus particulièrement sur le département de la Loire-Atlantique relève de mesures locales. Je crois vraiment que c'est au niveau national que cette question devrait se poser. Il serait judicieux de retravailler sur les missions. Le texte qui les fixe, date de 2001. Sur le terrain beaucoup de missions ont évolué en nombre et en qualité. » Une principale de collège du Rhône a observé : « Tous les médecins scolaires que j'ai connus, ont cherché à quitter l'éducation nationale le plus vite possible, leur travail n'a pas de sens. Je pense que la fonction de médecin scolaire doit être complètement revue. »

d'accompagnement médical, et non pas sur des critères unilatéraux qui seraient liés, par exemple, à l'appartenance des établissements à l'éducation prioritaire.

Interrogée sur la définition de priorités en matière de médecine scolaire, la DGESCO a répondu pour sa part à la Cour qu'« *il n'y a pas de hiérarchie entre le suivi de la santé des élèves et l'éducation à la santé, dans la mesure où le suivi de la santé des élèves repose sur une approche individuelle des besoins particuliers de certains élèves (handicap par exemple) et l'éducation à la santé se construit sur une approche collective ; ces deux approches sont complémentaires, se côtoient, mais ne peuvent être hiérarchisées* ».

La Cour observe qu'une telle position ne peut guère constituer une réponse aux incertitudes qui, au-delà de la seule question de l'équilibre à trouver entre suivi médical et éducation à la santé, portent sur le contenu et la hiérarchisation des multiples activités à mettre en œuvre en direction des élèves. La Cour note, dès lors, le décalage important et qu'elle estime urgent de résorber, entre l'affichage par la DGESCO de principes généraux et les activités concrètes des médecins et infirmiers de l'éducation nationale.

III - Orientations ministérielles

Comparativement à d'autres secteurs du système scolaire, la médecine scolaire n'occupe qu'une place limitée dans les orientations formulées par le ministère de l'éducation nationale. Si ce constat peut s'expliquer par les responsabilités des services déconcentrés dans ce domaine, il paraît également dénoter une difficulté à définir clairement des objectifs nationaux adaptés aux réalités et aux besoins de terrain.

A - Projet annuel de performance

Au sein du programme annuel de performance (PAP) relatif à la mission « enseignement scolaire », la présentation générale et stratégique du programme n°230 « Vie de l'élève », dont relève la médecine scolaire, fait peu référence à ce sujet, en dehors des textes relatifs à la santé qui y sont visés. A ce titre, la DGESCO a souligné lors de son audition par la Cour que la médecine scolaire constitue un domaine qui n'est pas dans le « cœur de métier » de l'éducation nationale.

A l'action n°2 relative à la santé scolaire ne sont associés qu'un seul objectif : « *promouvoir la santé des élèves* » et un seul indicateur : « *proportion d'élèves ayant bénéficié du bilan de santé dans leur sixième* ».

année ». Le fait que ce ratio soit le seul indicateur retenu peut d'emblée surprendre puisqu'il revient à n'envisager le suivi que d'une seule des obligations de suivi médical définies par le code de l'éducation. Autrement dit, il semble exister un écart important et injustifié entre l'affichage législatif d'objectifs obligatoires et leur place dans la stratégie ministérielle.

Interrogée sur ce point, la DGESCO a indiqué à la Cour qu'« à la suite des observations formulées par la Cour des comptes et le comité interministériel d'audit des programmes, la DGESCO a fait des propositions d'évolution des indicateurs et notamment ceux du programme 230 » : création d'un « sous-indicateur » permettant à distinguer la proportion d'élèves du programme ECLAIR ayant bénéficié du bilan de santé de leur sixième année ; création d'un indicateur synthétique de la qualité de vie de l'élève qui serait calculé par la DEPP et qui permettrait notamment de mesurer la qualité des conditions de scolarisation des élèves handicapés comparativement à l'ensemble des élèves. Toutefois, la DGESCO a souligné, lors de son audition, qu'il ne convient pas d'aller au-delà de ces indicateurs supplémentaires, afin d'éviter leur multiplication, et que l'indicateur du bilan de santé de la sixième année constitue un élément central qui est notamment pris en compte dans le dialogue de gestion avec les académies.

La Cour estime que cette position est discutable car, si l'indicateur relatif à la sixième année peut effectivement être complété par un sous-indicateur, le dispositif proposé ne pourrait pour autant être considéré, à lui seul, comme adapté à la prise en compte de l'ensemble des activités de la médecine scolaire. L'élargissement du nombre d'indicateurs devrait constituer un élément important pour fixer des cibles de résultat permettant, en fonction de leur valeur, de déterminer des priorités parmi les nombreuses missions de la médecine scolaire. Il constituerait également un signal fort en direction des personnels qui estiment, à juste titre, que le seul indicateur d'activité retenu aujourd'hui n'assure aucune reconnaissance de la diversité de leurs responsabilités. En conséquence, la Cour estime qu'il est impératif de mettre en place un ensemble d'indicateurs permettant de rendre compte des différents aspects de la médecine scolaire.

B - Orientations de la DGESCO

Le directeur général de la DGESCO est, au titre de sa responsabilité du programme « vie de l'élève », chargé de définir les orientations générales en matière de médecine scolaire.

Interrogé sur la mise en œuvre de cette responsabilité, il a répondu à la Cour que *« les orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves ont été définies dans la circulaire n°2001-012 du 12 janvier 2001. Ce texte précise le cadre général de cette politique ainsi que les responsabilités en matière de pilotage aux différents niveaux du système éducatif : national, académique, départemental et local. Ces orientations ont été précisées en 2003 par la circulaire du 1er décembre relative à « La santé des élèves ; programme quinquennal de prévention et d'éducation » ».*

Il a également précisé qu'un nouveau programme était en cours d'élaboration au moment de l'enquête de la Cour. Ce programme intitulé « Education santé » comporte quatre axes prioritaires :

- l'éducation à la sexualité, avec l'accès à la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et du SIDA ;
- l'éducation nutritionnelle et la promotion des activités physiques ;
- la prévention des usages de drogues et des conduites addictives ;
- la responsabilité face aux risques, dont la formation aux premiers secours.

Par ailleurs, les circulaires annuelles de préparation de rentrée qui fixent les grandes orientations nationales pour chaque nouvelle année scolaire, font mention de priorités liées à la santé.

La circulaire du 16 mars 2010 relative à la rentrée scolaire 2010 indique que *« le renforcement de la politique de santé et de la pratique du sport »* constitue l'un des cinq principes directeurs pour l'année scolaire 2010-2011 :

« Pour la réussite scolaire et le bien-être des élèves, il est nécessaire de mettre en œuvre dans chaque école et établissement un projet éducatif de santé construit et structuré. Ce projet doit intégrer, entre autres, les objectifs suivants :

- *développer une éducation nutritionnelle et prévenir le surpoids et l'obésité, en priorité à l'école primaire et au collège dans le cadre de la politique gouvernementale en matière de nutrition ;*
- *renforcer la prévention du VIH-sida et des infections sexuellement transmissibles (IST) dans une approche globale d'éducation à la sexualité ;*
- *poursuivre la lutte contre les drogues et la toxicomanie ;*

- *favoriser une activité physique régulière.* »

La circulaire du 2 mai 2011 relative à la rentrée scolaire 2011 rappelle, pour sa part, les priorités définies dans le plan « Education santé » précédemment mentionné et souligne, à ce titre, que « *le programme pour la santé des élèves 2011-2015 constitue un des éléments d'une politique éducative globale qui vise au bien-être et à la réussite scolaire des élèves. C'est dans ce cadre que l'École est un acteur de santé publique qui joue un rôle essentiel dans l'éducation à la santé, le repérage, la prévention, l'information et l'orientation.*

Cinq axes prioritaires sont définis : « l'hygiène de vie, l'éducation nutritionnelle et la promotion des activités physiques » ; « l'éducation à la sexualité, l'accès à la contraception, la prévention des IST et du sida » ; « la prévention des conduites addictives et la lutte contre les jeux dangereux » ; « la prévention du mal-être » ; « la formation aux premiers secours ».

Ce programme impulse une démarche nouvelle qui s'appuie sur trois leviers :

- *la mise en œuvre systématique de la démarche de projet adaptée aux réalités et aux besoins spécifiques des écoles et des établissements scolaires : chaque académie élabore, dans le cadre de son projet global, un « projet santé » qui est décliné dans les différents territoires ;*
- *une responsabilisation de l'ensemble des acteurs avec de nouveaux partenaires : des collaborations au niveau régional développées entre les académies et les agences régionales de santé ;*
- *un accompagnement des personnels, en particulier des personnels de santé, par la mise à disposition de documents et l'organisation de formations, notamment dans le cadre de conventions de partenariat.*

Des partenariats nouveaux sont mis en œuvre à travers des conventions spécifiques avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), la MGEN, la Maif, la Croix rouge, le Planning familial, le Comité national contre le tabagisme. Ces partenariats permettront de développer de nombreux outils pédagogiques au service de la communauté éducative. »

Ces directives définissent les priorités de la médecine scolaire selon une approche thématique en matière d'éducation à la santé, ce qui, semble-t-il, ne répond pas aux attentes des personnels rencontrés par la Cour qui souhaiteraient une clarification de leurs différentes tâches

proprement médicales. Les médecins de l'éducation nationale auditionnés ont ainsi indiqué que, d'une année sur l'autre, les circulaires de rentrée scolaire abordent souvent les mêmes thèmes d'éducation à la santé, le seul facteur d'évolution d'une rentrée scolaire à l'autre étant l'accent mis sur certains sujets. Or, ils ont exprimé leurs doutes sur la possibilité de modifier les comportements des élèves en matière de santé en l'espace d'une seule année scolaire.

Pour la Cour, ces critiques montrent que l'affirmation de priorités à court terme peut certes apporter un éclairage sur tel ou tel aspect de la médecine scolaire, mais ne saurait se substituer à une remise en cohérence beaucoup plus large des missions mêmes de la médecine scolaire.

IV - Politiques académiques

Interrogées sur l'importance accordée à la médecine scolaire dans leurs priorités, les trois académies retenues par la Cour ont précisé que leur projet académique comporte des volets spécifiques à ce titre. La question se pose toutefois de la nature de ces orientations académiques afin d'apprécier si elles ne sont que le décalque des objectifs généraux du ministère ou bien si elles parviennent à s'adapter aux spécificités des territoires et des publics scolaires.

A ce titre, la DGESCO a indiqué à la Cour que « *les textes des missions des personnels de santé décrivent l'ensemble des actions individuelles et collectives qui peuvent être réalisées par ces personnels en milieu scolaire* » mais que « *ce sont les analyses des besoins locaux qui peuvent déterminer parmi ces activités les priorités retenues.* » Aussi, de façon générale, les grands objectifs prioritaires des académies correspondent-ils à des obligations fixées par la politique de santé scolaire à l'échelon national et varient donc peu d'une académie à l'autre. C'est autour des objectifs d'égalité des élèves, d'accueil des élèves handicapés et de prise en charge des élèves à besoins spécifiques ou en situation d'urgence que s'articulent les projets des académies.

Le projet de **l'académie de Créteil** présente ainsi une orientation intitulée « *Favoriser l'action des personnels médicaux et sociaux* » et déclinée en plusieurs actions :

- aider les élèves en situation de détresse ;
- assurer le suivi personnalisé des élèves en difficulté sociale ou de santé ;
- assurer l'aide aux élèves victimes de violences.

Ce projet identifie également les actions que les établissements doivent mettre en œuvre :

- *« faire connaître les fonctions des services sociaux et de santé dans les établissements et leur environnement social ;*
- *indiquer les missions et coordonnées de l'assistante sociale, de l'infirmier et du médecin et s'assurer qu'elles figurent sur la plaquette de l'établissement ;*
- *présenter les professionnels et leurs missions : dans les classes de sixième et de seconde, à la rentrée des classes, lors des journées d'accueil des parents ;*
- *créer une commission pluri-professionnelle de suivi des élèves en difficulté, si elle n'est pas déjà existante ;*
- *communiquer les critères d'attribution des aides et un bilan financier annuel dans le cadre d'une commission pluri professionnelle d'attribution des fonds sociaux ;*
- *grâce aux professionnels sociaux et de santé et dans le respect de la déontologie : écouter et évaluer les difficultés des élèves, selon son champ de compétences ;*
- *conseiller la communauté scolaire, l'élève et sa famille, en fonction des difficultés repérées ;*
- *contacter les structures extérieures qui concourent à la résolution des difficultés familiales, sociales ou de santé de l'élève ;*
- *effectuer des visites à domicile, technique d'intervention propre aux assistants sociaux permettant un contact en dehors du milieu scolaire, avec l'accord familial ;*
- *sensibiliser la communauté scolaire à la problématique de l'enfant victime ;*
- *accompagner les enfants victimes et, le cas échéant, porter la situation à la connaissance des autorités administratives et judiciaires compétentes ;*
- *assurer des séances d'information sur la prévention des violences, notamment la prévention des maltraitances, des abus sexuels, la lutte contre l'excision, les mariages forcés, et en faveur de l'égalité filles/garçons ;*
- *évaluer certaines situations préoccupantes dans le cadre de la protection de l'enfance et, si nécessaire, faire remonter l'information auprès des conseils généraux ;*

- *collaborer à la mise en place, par le chef d'établissement, de cellules de crise lors de situations individuelles ou collectives traumatisantes, pour lesquelles le médecin de l'éducation nationale apportera son expertise. »*

Enfin, le projet académique comprend diverses orientations qui doivent être mises en œuvre avec les enseignants :

- contribuer à l'acquisition du socle commun de connaissances et des compétences ;
- contribuer activement au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) et à ses thématiques ;
- lutter contre l'absentéisme et le décrochage ;
- contribuer à l'accompagnement éducatif ;
- considérer l'élève comme une personne, dans sa globalité et dans son environnement ;
- rechercher des aides nécessaires pour répondre aux signes d'alerte en s'appuyant sur l'expertise médico-sociale des ressources internes ;
- évaluer les compétences de l'élève handicapé en tenant compte des caractéristiques propres à sa situation et en s'appuyant sur les personnels ressources ;
- établir un diagnostic de sécurité, en lien avec le CESC, pour faire le point sur l'insécurité réelle et l'insécurité ressentie par les élèves, les parents, les personnels ;
- recueillir l'avis des élèves pour préciser la façon dont ils ressentent la sécurité dans l'établissement (les lieux, les moments, les protagonistes...) ;
- prendre en compte la victime en : sensibilisant les personnels à la prise en compte des démarches d'élèves venant se plaindre, même pour des faits d'apparence bénigne ; assurant une écoute permanente et l'accueil des élèves dans un lieu approprié ; s'appuyant sur une expertise médicale et sociale nécessaire à la prise en charge la plus précoce possible ;
- mettre en place, en direction des parents, des personnels et des élèves, des actions de sensibilisation (racket, jeux dangereux, discriminations ...) en lien avec les personnels sociaux et de santé ;
- encourager les parents à venir dans l'établissement : accueil des parents des nouveaux élèves de sixième ou de seconde, présentation de l'établissement et de son équipe éducative,

séances d'information en relation avec des thématiques du CESC, avec les procédures d'orientation ;

- éduquer à la sécurité : former au secourisme, éduquer à la sécurité routière. »

Ces orientations du projet académique de Créteil appellent des observations : elles ne concernent que pour partie la médecine scolaire puisqu'elles recouvrent également l'aide sociale aux élèves ; rappelant ou déclinant les orientations ministérielles, elles constituent davantage des listes d'activités que des priorités qui seraient hiérarchisées.

L'académie de Lyon a, pour sa part, indiqué que « *la médecine scolaire s'inscrit dans une politique académique plus globale d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Cette politique qui s'appuie sur les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) de l'ensemble des établissements de l'Académie, privilégie cinq axes :*

- *l'éducation au respect des différences : élèves handicapés, élèves de toutes origines sociales et culturelles ;*
- *l'éducation à la responsabilité, face à soi-même : prise de substances psycho-actives, prise d'alcool, consommation de tabac, de cannabis, automédication... ;*
- *l'éducation à la responsabilité vis-à-vis des autres et à la citoyenneté : apprendre à vivre ensemble dans un climat de sécurité pour tous, d'acceptation de l'autorité et d'adhésion aux règles de vie démocratiques ;*
- *l'éducation à la conscience de soi comme être humain, adulte en devenir, responsable de son intégrité : réduction de la prise de risques, respect de son corps (hygiène, nutrition, rythmes de vie, secourisme...).*
- *l'éducation à la sexualité, dans le respect mutuel garçons – filles. »*

Moins étoffées que celles de l'académie de Créteil, les orientations de l'académie de Lyon mettent l'accent sur la citoyenneté sous toutes ses formes, la santé scolaire constituant l'un des leviers au service de cette priorité. Seules les actions de prévention sont mentionnées (lutte contre les addictions, éducation sexuelle, nutrition) et rien n'est exprimé au sujet de la stratégie de l'académie en matière de suivi médical des élèves.

Enfin, **l'académie de Nantes** a signalé que « *la médecine scolaire fait l'objet d'une attention particulière de la part du recteur. Une politique quinquennale vient d'être établie 2010-2015 sous le titre « CAP 2015 ». Elle fait partie du projet académique et en constitue le volet*

santé. Les indicateurs ont été fixés en concertation entre médecins et infirmiers. »

A l'appui de cette réponse, le rectorat a fourni des fiches qui correspondent au volet santé du projet académique et identifient cinq objectifs :

1. favoriser la bonne insertion à l'école sur le plan physique et psychologique, notamment en repérant le plus tôt possible certaines difficultés par le dépistage précoce des troubles de l'apprentissage ;
2. favoriser la scolarisation des élèves à besoins spécifiques : élèves avec troubles des apprentissages, malades, en situation de handicap, en souffrance psychique ;
3. contribuer à la prise en charge des élèves dans les situations d'urgence ;
4. favoriser la scolarisation et le suivi des élèves en établissements technologiques et professionnels ;
5. participer dans le cadre de la mission éducative de l'école, à la formation des jeunes pour améliorer leurs capacités à mettre leur santé en valeur par des choix et comportements avisés et responsables.

A chacun de ces objectifs sont attachés un objectif opérationnel, des actions et des indicateurs de mesure des résultats. S'agissant du premier objectif, on peut relever un souci de travail commun des personnels médicaux et des enseignants : tous les élèves doivent bénéficier, au cours de la classe de sixième, d'une observation de leurs acquisitions par l'enseignant et d'une évaluation du langage au moyen d'un questionnaire. Le médecin est ensuite sollicité pour le dépistage des troubles spécifiques. En outre, des animations pédagogiques sont prévues pour former au repérage et au dépistage des difficultés d'apprentissage. Pour le quatrième objectif, la fiche précise qu'il s'agit de veiller à l'adéquation entre la formation choisie et l'état de santé de l'élève, notamment par la réalisation en lycée professionnel des visites médicales pour les aptitudes d'élèves mineurs au travail sur des machines dangereuses.

En définitive, si, comme dans l'académie de Lyon, la dimension de la prévention est mise en avant, les orientations de l'académie de Nantes donnent plus de précisions en matière de suivi médical des élèves. L'accent est notamment mis sur le dépistage des troubles de l'apprentissage, ainsi que sur le suivi des élèves présentant des besoins spécifiques, dictés par leur situation physique ou psychique.

Au final, ces trois politiques académiques pourraient donc donner le sentiment d'une forte hétérogénéité quant à la place accordée à la médecine scolaire. Cette analyse doit toutefois être nuancée puisque, dans les trois académies, **ces orientations générales ont fait l'objet d'ajustements récents qui permettent de mieux identifier le rôle de la médecine scolaire, notamment en matière de détection des troubles des apprentissages.**

Ainsi, l'**académie de Créteil** a signalé que son projet académique a été complété, depuis deux années, par d'autres actions concernant les infirmiers :

1. intégration du dépistage des troubles phonologiques dans le bilan de la sixième année pour des classes du Val-de-Marne ;
2. organisation d'une formation sur la prévention des jeux dangereux en direction des infirmiers ;
3. mise en place de réunions d'analyses des pratiques professionnelles pour les infirmiers ;
4. dotation des personnels médecins et infirmiers en ordinateurs portables.

Cette académie a également précisé les priorités d'actions qu'elle a fixées en matière de dépistage des troubles du langage, mais aussi en matière de formation aux gestes de premier secours : *« Le dépistage des troubles spécifiques d'apprentissage a été particulièrement investi depuis plusieurs années avec, dans un premier temps, des formations approfondies (traitées au niveau départemental, puis académique) de tous les médecins du département. Par la suite, nous avons organisé des formations départementales plus allégées à destination des infirmiers concernés en vue de la prise en main des outils de dépistage. Nous avons pu donc mettre en place le dépistage systématique en grande section de maternelle, grâce à une bonne articulation des médecins et des infirmiers. Une place importante a été également donnée à l'apprentissage des gestes de premier secours. Depuis 1999, les infirmiers en poste mixte forment les enseignants du premier degré volontaires pendant des animations pédagogiques de circonscription. Ce travail est réalisé en partenariat avec le SAMU et les conseillers pédagogiques. Les enseignants forment ensuite leurs élèves à l'apprentissage des gestes de secours. Par ailleurs, un tiers des infirmiers sont moniteurs de secourisme et délivrent des formations à leurs élèves ou à des adultes des établissements scolaires. »*

De même, l'**académie de Lyon** a signalé que « des choix ont dû être opérés entre des axes plus locaux et des tendances nationales fortes. (...) L'accueil accru d'élèves handicapés au sein des écoles et la nécessité

de leur accompagnement ont conduit les inspections académiques à travailler de manière plus prégnante avec les maisons départementales du handicap, en déléguant notamment les médecins conseillers techniques dans les commissions d'étude des dossiers de demande déposés par les parents. Enfin, un travail important a été effectué et se poursuit sur le dépistage des troubles du langage qui a fait suite à une sensibilisation sur la dyslexie. »

L'académie de Nantes a enfin développé un ciblage des interventions médicales en fonction des publics prioritaires. C'est notamment le cas du département de la Vendée, avec une évolution depuis trois ans des missions des médecins scolaire vers des examens médicaux s'adressant aux élèves à besoins spécifiques (maladies chroniques, handicap).

Enfin, la Cour a demandé aux trois académies si leurs orientations en matière de médecine scolaire prenaient en compte une **latitude d'adaptation aux besoins territoriaux**, en fonction des difficultés auxquelles sont confrontés les publics scolaires.

L'académie de Créteil a signalé que « *l'action est renforcée dans les zones ambition réussite et les ZEP par l'implantation prioritaire d'infirmiers dans les établissements. Chaque département adapte les objectifs en fonction de ses spécificités et des besoins repérés. Dans le Val-de-Marne, les zones ZEP et sensibles sont plus pourvues en postes infirmiers. Les médecins et secrétaires sont répartis de manière identique sur tout le territoire. Les objectifs académiques ont été adaptés en fonction des différents professionnels : les infirmier(e)s sont de plus en plus autonomes (dans le respect de leur rôle propre). Les médecins ont vu leurs missions recentrées sur les élèves « à besoins spécifiques » (handicap, maladie chronique, maltraitance, crise sanitaire...).* » En revanche, **l'académie de Lyon** a signalé que les objectifs académiques ne sont pas déclinés différemment en fonction des publics scolaires (zones socialement difficiles, contexte rural, etc.) : « il n'est pas fait de différence en fonction des publics scolaires concernés. » De même, dans **l'académie de Nantes**, l'inspection académique de la Mayenne a précisé que « pour la mission médicale, il n'y a pas de différence faite en fonction des publics scolaires, seule la pénurie de médecins et leur implantation géographique décident que les bilans de telle école sont moins prioritaires qu'ailleurs ».

Ces réponses témoignent d'approches différentes découlant des contraintes de gestion. En effet, si, en termes proprement médicaux, les pratiques cliniques des médecins et des infirmiers sont les mêmes pour tous les élèves, c'est, en fait, la disponibilité des agents qui peut ou non permettre un suivi différencié des publics scolaires. Des choix

académiques sont alors perceptibles. Une académie comme celle de Créteil privilégie d'emblée certaines cibles (élèves nécessitant un suivi spécifique), alors qu'une autre comme celle de Nantes détermine ses priorités en fonction de la disponibilité de ses agents dans telle ou telle zone géographique. En tout état de cause, ces orientations montrent l'étroitesse des options possibles des académies en matière de médecine scolaire, dès lors qu'elles doivent chercher à concilier, en fonction des agents disponibles, un suivi systématique des élèves et un accent mis sur les publics les plus fragiles.

V - Directives aux établissements

Un même constat peut être formulé pour les trois académies retenues par l'enquête de la Cour : si de très nombreuses notes sont diffusées aux directeurs d'école et aux chefs d'établissement par les services rectoraux ou départementaux en matière de médecine scolaire, il n'est quasiment jamais fait mention de cette dernière dans les lettres de mission des recteurs aux chefs d'établissement. Seule l'académie de Créteil a fourni deux lettres de missions qui abordent la question de la prévention.

L'académie de Lyon a ainsi souligné que « *les lettres de mission adressées aux chefs d'établissement ne sont pas le vecteur retenu pour donner des objectifs aux chefs d'établissement en matière de médecine scolaire. Selon les services académiques, le choix est fait d'apporter un éclairage particulier aux chefs d'établissement par la voie d'un dossier de presse ou de leur faire parvenir des notes spécifiques qui précisent leur action en la matière sur des sujets précis comme la pandémie grippale par exemple, ou les priorités du service médical de la Promotion de la santé.* »

Dans **l'académie de Nantes**, l'inspection académique de la Vendée a, de même, indiqué qu'« *aucun établissement ne justifie que cela fasse partie des problématiques repérées* ».

En fait, le pilotage des services de santé scolaire passe moins par la chaîne administrative reliant les directeurs d'écoles ou les chefs d'établissement aux services rectoraux et départementaux, que par le réseau des médecins et infirmiers qui sont conseillers techniques auprès des recteurs et des inspecteurs d'académie et qui jouent un rôle d'animation auprès de leurs pairs.

Ceci explique la nature souvent technique des nombreux courriers suivis par les conseillers techniques et adressés aux agents, notamment

pour définir leurs priorités annuelles. Dans l'académie de Créteil, une note du 6 septembre 2010 signée par l'inspecteur d'académie de Seine-et-Marne précise ainsi les priorités départementales pour les infirmiers : bilans de santé des élèves de grande section de maternelle, dépistage systématique des troubles du langage et bilan par le médecin pour les cas difficiles ; enquête sur la couverture vaccinale contre la rougeole et incitation des parents à la vaccination ; suivi des élèves à besoins particuliers ; actions de prévention et de secourisme. Cette note précise que « *ces priorités n'excluent en aucune façon les autres missions : accueil, protection de l'enfance, etc.* » De même, on peut relever les courriers de l'inspection académique de Loire-Atlantique qui mettent l'accent sur les bilans infirmiers systématiques pour pallier le déficit en médecins.

De telles directives montrent le rôle central des conseillers techniques pour hiérarchiser l'action des infirmiers et des médecins scolaires, **la contrepartie de ce fonctionnement en réseau étant une certaine ambiguïté de la position de la médecine scolaire par rapport à l'administration scolaire, notamment en ce qui concerne le positionnement hiérarchique des médecins et des infirmiers : si ces derniers dépendent des chefs d'établissement, ce n'est pas le cas des médecins qui dépendent des inspections académiques ; de même, il n'existe pas de relation hiérarchique entre les médecins et les infirmiers scolaires.**

Enfin, comme l'a fait observer le recteur de l'académie de Nantes lors de son audition par la Cour, le travail des médecins de l'éducation nationale est une réponse continue à des cas particuliers et la dimension individuelle de leur action auprès des élèves explique que ces agents ne se sentent pas forcément contraints dans leur travail quotidien par les projets définis à l'échelon académique, sans que cela soit pour autant regrettable, puisqu'ils disposent ainsi d'une marge de manœuvre nécessaire.

La Cour note que ce constat révèle les incertitudes qui affectent le pilotage de la médecine scolaire. En effet, elle dénote les faiblesses des dispositifs existants qui ne tranchent pas la question du niveau optimal de gouvernance de la médecine scolaire et qui tendent à juxtaposer, sans articulation claire, l'affirmation de priorités nationales, la déclinaison d'objectifs académiques plus ou moins précis, et une forte tendance à l'autonomie des agents qui se considèrent plus comme devant réagir aux demandes des élèves, qu'orientés dans leur action par des priorités générales.

Chapitre II

Moyens de la médecine scolaire

Au regard des moyens budgétaires qu'elle mobilise, la médecine scolaire ne constitue guère un enjeu en termes de finances publiques, ni *a fortiori* un gisement d'économies potentielles. Au contraire, on pourrait s'étonner de la modestie de la dotation budgétaire dont ce secteur d'activité fait l'objet, au regard de l'importance de ses missions en faveur des élèves. Il est vrai que la question essentielle réside dans la gestion des ressources humaines, marquée par des difficultés importantes de recrutement, mais également par des rigidités dans les procédures d'affectation. Enfin, les conditions matérielles d'exercice de la santé scolaire sont inégales selon les établissements.

I - Budget

Les crédits ouverts au titre de la santé scolaire représentent 11,24% des crédits en loi de finances pour 2011 au titre du programme 230 « Vie de l'élève » et ne mobilisent **qu'à peine plus de 0,7% des 60,5 milliards d'euros** consacrés au budget du ministère de l'éducation nationale.

**Tableau n° 4 : Crédits ouverts au titre de la santé scolaire
(AE = CP)**

Exercice	Titre 2	Hors titre 2	TOTAL
2007	334 825 418	10 132 472	344 957 890
2008	268 503 740	10 462 472	278 966 212
2009	368 837 665	7 200 000	376 037 665
2010	353 858 913	7 200 000	361 058 913
2011	434 477 619	7 075 000	441 552 619

Source : PAP des LFI (montants en euros)

Ces montants intègrent, outre les crédits de rémunération, 5 M€ pour l'indemnité de sujétions spéciales pour les médecins et les médecins conseillers techniques et 2,4 M€ pour le remboursement des frais de déplacement des personnels itinérants de santé scolaire. L'Etat verse également une subvention aux collectivités qui prennent en charge la mission de santé scolaire en son lieu et place, ces villes ayant conservé un service de santé scolaire au moment de la décentralisation. Le projet de loi de finances pour 2011 prévoit, à cette fin, une subvention de 4,45 M€ destinée aux collectivités dites à « régime autonome » ou « semi-autonome », d'Antibes, Bordeaux, Cannes, Grenoble, Lille, Lyon, Nantes, Nice, Paris, Saint-Quentin, Strasbourg et Villeurbanne. S'y ajoutent 250 000€ destinés à la Nouvelle-Calédonie pour le remboursement des prestations de santé scolaire dispensées dans le premier degré par les provinces pour le compte de l'Etat.

L'augmentation des crédits constatée en 2011 a fait l'objet du commentaire suivant dans l'examen par le Sénat du projet de loi de finances : « Pour donner un signe fort de son attachement à la médecine scolaire et à la nécessité de revaloriser les carrières, votre commission a adopté un amendement tendant à abonder d'un million d'euros de crédits de personnel le programme « Vie de l'élève » à partir du programme « Soutien de la politique de l'éducation nationale. » »

Le tableau suivant retrace l'évolution des emplois ouverts d'infirmiers et de médecins de l'éducation nationale depuis 2002.

Tableau n° 5 : Evolution des emplois d'infirmiers et de médecins de l'éducation nationale

Infirmiers de l'éducation nationale	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ETP	5 922	6 132	6 132	6 131						
ETPT					6 581	6 868	7 159	7 309	7 388	7 449

Médecins de l'éducation nationale	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ETP	1 215	1 249	1 247	1 247						
ETPT					1 658	1 657	1 648	1 554	1 532	1 489

Source : DAF

Ces données ont connu un changement de périmètre à partir de 2006, avec la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF).

Outre le fait que l'unité de compte est passée des équivalents temps plein (ETP) aux équivalents temps plein travaillés (ETPT), les moyens dédiés à la suppléance et correspondant aux médecins et infirmiers vacataires faisaient avant 2006 l'objet d'un suivi en crédits et n'étaient donc pas pris en compte dans le recensement des supports budgétaires. Depuis, leur suivi est assuré dans le cadre du plafond d'emplois. Ce changement de méthode explique l'écart constaté entre les années 2005 et 2006.

S'agissant des infirmiers, la hausse du nombre d'emplois découle de la loi du 23 avril 2005 d'orientation et de programme sur l'avenir de l'école, l'objectif étant que chaque établissement du second degré dispose d'au moins un infirmier. A ce titre, la DAF a précisé qu'un plan de création de 1 500 emplois a été mis en œuvre entre 2006 et 2010. Or, les données budgétaires ne font pas apparaître une telle hausse, mais seulement une augmentation de 1 257 ETP/ETPT entre 2005 et 2010.

Interrogée sur ce point, la DAF a précisé que « *les 1 500 créations d'infirmières prévues par la loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école de 2005 ont bien été réalisées* », en signalant qu'elles sont prouvées par la consommation des emplois d'infirmiers qui est

passée de 5 802 en 2005 à 7 388 en 2010, soit un écart positif de 1 586. Toutefois, cette démonstration peut être discutée, en raison du changement de méthode précédemment mentionné qui fait que, pour partie, la hausse constatée a pu également résulter de la comptabilisation des ETPT d'infirmiers vacataires à compter de 2006.

S'agissant des médecins, les données de la DAF indiquent une diminution de 169 ETPT entre 2006 et 2011. Cette baisse tient à une sous-consommation chronique des emplois concernés et à l'utilisation des supports vacants pour financer des conseillers principaux d'éducation. Le tableau suivant fait apparaître que 9% des emplois de médecins n'ont pas été consommés en 2010. Cette situation contraste avec celle observée en 2002 où une surconsommation était même constatée (105%).

Tableau n° 6 : Consommation des emplois d'infirmiers et de médecins

Infirmiers de l'éducation nationale	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ETP/ETPT	5 922	6 132	6 132	6 131	6 581	6 868	7 159	7 309	7 388
Consommation	5 884	6 036	5 716	5 802	5 978	6 310	6 563	6 857	7 120
Taux de consommation	99%	98%	93%	95%	91%	92%	92%	94%	96%

Médecins de l'éducation nationale	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ETP/ETPT	1 215	1 249	1 247	1 247	1 658	1 657	1 648	1 554	1 532
Consommation	1 276	1 222	1 178	1 155	1 460	1 485	1 413	1 410	1 389
Taux de consommation	105%	98%	94%	93%	88%	90%	86%	91%	91%

Source : DAF

Cette sous-consommation met en lumière les difficultés rencontrées pour recruter des médecins de l'éducation nationale. Elle légitime toutefois des interrogations plus générales sur la cohérence entre les moyens budgétaires et humains consacrés à la médecine scolaire et la multiplication des missions qui lui sont assignées.

Une question complémentaire porte sur la place marginale réservée à la médecine scolaire dans l'architecture budgétaire de l'éducation nationale, dès lors qu'elle ne constitue qu'une partie, faiblement visible, du programme n°230 « Vie de l'élève ». La DGESCO a indiqué à cet égard que *« l'hypothèse d'un nouveau programme LOLF [consacré uniquement à la médecine scolaire] semble difficilement envisageable. Le programme 230, depuis la décentralisation des TOS, est désormais un « petit » programme mais dont le sens est important : il a en effet pour ambition, même si des progrès restent à faire, de globaliser les éléments de la vie scolaire qui doivent accompagner la mission de transmission des savoirs de l'école. Il est de ce fait important de ne pas parcelliser ses différentes composantes et de conserver une logique de globalisation qui donne une souplesse à l'intérieur du programme et garantit ainsi l'autonomie des recteurs dans l'organisation de leur politique académique ».*

Malgré ces arguments, la Cour estime que, compte tenu de l'enjeu éducatif, social et sanitaire que constitue la médecine scolaire, le ministère de l'éducation nationale doit se donner les moyens d'un pilotage national de la médecine scolaire. Cette démarche volontariste qui pourrait justifier de créer un service dédié à la médecine scolaire et dirigé par une personnalité reconnue du milieu médical constituerait un signal fort pour désigner la médecine scolaire comme une politique publique à part entière et ainsi assurer une plus grande cohérence stratégique entre les objectifs qui lui sont assignés et les moyens qui lui sont consacrés.

II - Répartition des moyens

L'affectation des moyens de la santé scolaire aux académies est opérée par le bureau du programme « Vie de l'élève », au sein de la sous-direction des moyens à la DGESCO. Cette répartition nationale est ensuite déclinée à l'échelon déconcentré, en fonction des priorités des académies et de leurs inspections académiques.

A - Méthode de la DGESCO

S'agissant des infirmiers, la méthode de la DGESCO a suivi le plan de création de postes, l'objectif étant de pourvoir chaque établissement du second degré. La DGESCO a ainsi précisé que *« la répartition des emplois obtenus en loi de finances initiales vise d'abord à compléter les dotations des académies qui ont le plus grand nombre d'établissements non couverts. »* Cette méthode a été toutefois affinée

pour tenir compte des variations de la démographie scolaire, mais aussi de l'encadrement des établissements relevant de l'éducation prioritaire. La DGESCO a ainsi précisé qu'« *afin de ne pas dégrader les taux d'encadrement des académies en progression d'effectifs ou accueillant un nombre important d'élèves en éducation prioritaire, les taux d'encadrement académiques et les effectifs en réseau ambition réussite (RAR) et réseaux de réussite scolaire (RRS) sont également considérés.* » Toutefois, d'après les informations recueillies auprès du bureau du programme « Vie de l'élève », le critère de l'éducation prioritaire n'aurait joué dans les calculs qu'à la marge.

Les services de la DGESCO ont également indiqué que la procédure de répartition des emplois d'infirmiers s'attache à éviter des disparités académiques en termes d'encadrement des élèves. Pour ce faire, ils calculent le nombre moyen d'élèves par poste d'infirmiers, en tenant compte à la fois de l'enseignement public et de l'enseignement privé sous contrat. Cette méthode est contradictoire avec le fait que les infirmiers, dans la pratique, n'exercent pas leurs activités dans l'enseignement privé sous contrat et ce, à la différence des médecins de l'éducation nationale. Cette approximation peut donc induire des biais, puisqu'elle tend à surestimer les besoins en infirmiers dans les académies où l'enseignement privé scolarise une proportion importante d'élèves. Interrogée sur ce point, la DGESCO a indiqué que le code de l'éducation n'établit pas de différences entre les élèves selon qu'ils sont scolarisés dans un établissement public ou privé, si bien que, « *si statutairement les infirmiers ne sauraient être affectés dans les établissements d'enseignement privé, rien ne s'oppose à ce que ces personnels, dans le cadre des missions qu'ils sont amenés à remplir, contribuent au suivi de l'ensemble des élèves. (...) Il revient donc aux recteurs, en fonction des moyens qui leur sont alloués, et des textes applicables en matière de santé publique, de définir une politique adaptée aux besoins des élèves et à la diversité des établissements dont ils ont la charge* ». Pour autant, on ne peut que constater que, sur le terrain, les infirmiers de l'éducation nationale ne sont pas affectés aux établissements privés.

S'agissant des médecins, la DGESCO cherche à mettre en cohérence les dotations académiques avec les effectifs scolarisés. Pour ce faire, elle utilise, comme clé de répartition, le taux d'encadrement des élèves : ce taux est égal au nombre d'élèves des premier et second degrés des enseignements public et privé sous contrat, divisé par le nombre d'emplois de médecins délégués. Ne sont pas pris en compte les effectifs d'élèves de grande section de maternelle au CM2 qui sont inscrits dans les communes dites « à régime autonome » ou « semi-autonome », qui ont conservé la prise en charge de la santé scolaire dans le premier degré.

En outre, la DGESCO a précisé que « *les taux d'encadrement des médecins scolaires sont calculés en incluant les ETP de vacations de médecin car les vacataires constituent une part importante du potentiel académique* ». Cette méthode est discutable dans son principe, car les médecins vacataires ne devraient pas être inclus dans les ressources humaines des académies, puisqu'il s'agit justement d'agents temporaires et destinés à compenser les déficits en titulaires.

Au-delà de ces questions de méthode, la clé de répartition des dotations en médecins n'assure pas une couverture homogène du territoire. En effet, les tableaux de suivi des délégations de moyens en emplois et vacations de médecins qui ont été produits par la DGESCO font apparaître des taux d'encadrement disparates selon les académies, alors que la méthode utilisée devrait, au contraire, réduire leurs écarts. De même, pour les infirmiers, l'objectif de pourvoir tous les établissements du second degré, n'a pas non plus abouti à un traitement comparable des académies. Au total, pour la rentrée scolaire 2009, les taux d'encadrement varie de 6 305 élèves par emploi délégué de médecin en Corse à 9 676 à Paris, et de 1 258 élèves par emploi délégué d'infirmier dans l'académie de Clermont-Ferrand à 1 993 dans l'académie de Nantes.

Interrogée sur les solutions envisagées pour résorber de telles disparités, la DGESCO a mis en avant, lors de son audition par la Cour, les limites des redéploiements possibles entre académies car le risque serait, à ses yeux, de procéder à ces opérations « à vide », c'est-à-dire sans tenir compte des possibilités réelles de recrutement des personnels, en particulier de médecins de l'éducation nationale.

La Cour juge un tel argument discutable car, si le ministère de l'éducation nationale estime que la médecine scolaire constitue effectivement une véritable politique publique, l'objectif d'un égal accès à cette dernière doit être affirmé, de même que celui de l'équité. A ce titre, le ministère doit significativement progresser pour définir une méthode de répartition qui soit certes harmonisée avec celles utilisées par les académies et permettre ainsi une réduction des inégalités territoriales, mais qui se fonde également sur une analyse des besoins des élèves en matière de santé, afin de mieux répondre à leur diversité.

B - Méthodes des académies

La DGESCO a précisé que « *conformément aux règles de déconcentration, l'organisation de la santé scolaire au plan local relève de la compétence de l'autorité académique. Il appartient au recteur d'assurer la répartition des emplois créés selon les priorités définies*

localement, en concertation avec les inspecteurs d'académie, directeurs des services départementaux de l'éducation nationale, et après consultation des instances paritaires compétentes et de procéder à la dotation des départements placés sous son autorité en tenant compte des situations spécifiques de chacun d'eux. » De cette gestion déconcentrée résultent des méthodes qui varient selon les académies, mais également selon les départements d'une même académie.

Dans **l'académie de Lyon**, l'inspection académique de la Loire a précisé qu'« *un secteur en ZEP est confié à un médecin titulaire ou un vacataire confirmé et expérimenté, et un établissement du second degré en réseau ambition réussite (RAR) bénéficie d'un temps plein infirmier. L'objectif académique est d'avoir un infirmier à temps plein dans les EPLE situés en zone difficile. Cet objectif est atteint à ce jour. »*

Dans **l'académie de Nantes**, la méthode de répartition est opérée, d'une part, proportionnellement aux effectifs d'élèves et, d'autre part, selon les spécificités des établissements du second degré (lycées professionnels, éducation prioritaire, établissements à petits effectifs). Seuls les élèves de l'enseignement public sont pris en compte pour les infirmiers, alors que ceux de l'enseignement privé sous contrat sont également pris en compte pour les médecins.

S'agissant de **l'académie de Créteil**, l'inspection académique du Val-de-Marne a indiqué que, s'agissant des médecins, « *nous n'utilisons pas de méthode de chiffrage des besoins en personnel, au niveau départemental, mais formulons une demande constante pour les médecins d'avoir un effectif élèves permettant la réalisation des missions »*. Le but est que tous les établissements publics soient pourvus. Pour les infirmiers, les écoles et les établissements en éducation prioritaire et/ou en zone sensible bénéficient d'un encadrement renforcé. Pour les postes mixtes, c'est-à-dire correspondant à des services répartis entre les premier et second degrés, la méthode intègre l'effectif scolaire hors établissement de rattachement. L'objectif est que tous les lycées doivent être couverts au moins par un temps plein et que tous les collèges doivent être couverts au moins par un mi-temps, complété par les écoles dépendant du collège.

L'inspection académique de Seine-et-Marne a précisé que, « *tant que le recrutement statutaire des médecins par voie de concours était possible du fait d'une bonne attractivité du métier, le ministère a été régulièrement sollicité (voie hiérarchique) en vue de la création de postes, qui auraient été pourvus. De plus, ces créations auraient pu correspondre au nombre de médecins vacataires présents, effectuant alors les missions telles que décrites dans la circulaire de 2001, permettant à ces médecins d'être titularisés. »* Toutefois, la situation de pénurie en médecins a remis en cause cet objectif, si bien qu'aujourd'hui

« il n'y a rien de particulier prévu pour les médecins, puisque le recrutement est actuellement impossible faute de candidats, la Seine-et-Marne faisant partie des « déserts médicaux » de France. Au mieux, pouvons-nous nous engager à ne pas découvrir un secteur où sont présents des établissements en ZEP. » S'agissant des infirmiers, la répartition se fonde sur le nombre d'établissements n'ayant pas de poste à mi-temps, mais également sur les spécificités de certains établissements : deux postes par établissement en réseau ambition réussite, deux postes par établissement en éducation prioritaire particulièrement difficile et, si possible, deux postes à temps plein en internat.

En Seine-Saint-Denis, les critères retenus par l'inspection académique pour répartir les infirmiers, se fondent sur l'appartenance ou non au réseau ambition réussite, mais également sur des normes d'effectifs d'élèves, avec un poste mixte et un demi poste fixe pour des collèges « ambition réussite » dont l'effectif est inférieur à 500 élèves, deux postes mixtes si cet effectif est supérieur.

Par delà ces différentes méthodes de répartition, on peut constater un point commun entre les académies et les inspections académiques : le souci de prendre en compte les spécificités des publics scolaires, même si cet effort se trouve contraint par les effectifs disponibles d'agents. A ce titre, une note de l'inspection académique de Seine-Saint-Denis portant sur l'organisation du service des médecins de l'éducation nationale en 2008-2009 souligne que *« plutôt que de raisonner en charge de secteur simplement définis par des nombres d'élèves, il pourrait être intéressant d'estimer les charges en fonction des spécificités des territoires, de leur difficulté, de la plus ou moins grande présence de ressources (notamment nominations d'infirmiers) et de constituer une hiérarchie des tâches et des priorités géographiques en conséquence »*.

Cette citation montre que, si elle était mise en œuvre, une redéfinition des missions et activités de la médecine scolaire ne pourrait faire l'économie d'une réflexion parallèle sur la détermination des besoins à l'échelon territorial et sur une révision des procédures d'allocation des moyens aux différents niveaux de gestion de la médecine scolaire. A ce titre, la DGESCO a indiqué que *« la méthode de répartition utilisée par la DGESCO est différente de celle employée au niveau académique. Aussi, une homogénéité de la méthode semble-t-elle être une première étape à réaliser pour réduire les écarts entre le niveau national et local. Il pourrait être envisagé de prendre en compte : les effectifs d'élèves des âges concernés, les critères territoriaux (zone rurale, zone urbaine, zone sensible), les secteurs d'intervention des médecins (nombre d'établissements, déplacements...), pour les infirmiers, les établissements avec internat. La révision de la méthode de répartition actuellement*

utilisée suppose dialogue et concertation à tous les niveaux (central, académique, local. »

La Cour ne peut qu'encourager une telle démarche qui devrait permettre de mieux adapter les moyens de la médecine scolaire à la diversité des besoins des élèves, à condition qu'elle tire également parti des informations sanitaires disponibles à l'échelon territorial, notamment au sein des observatoires régionaux de la santé, et dont l'exploitation devrait éclairer sur les priorités d'action, en fonction des caractéristiques repérées des publics scolaires.

III - Recrutement et affectation des médecins et infirmiers de l'éducation nationale

Le recrutement des personnels de médecine scolaire par le ministère de l'éducation nationale est confronté à d'importantes difficultés, particulièrement en ce qui concerne les médecins.

A - Recrutement et affectation des médecins

La gestion des médecins est opérée à l'échelon national par la DGRH du ministère de l'éducation nationale.

Depuis la session 2009, le recrutement des médecins de l'éducation nationale s'effectue par la voie d'un concours unique sur titres et travaux, complété par une épreuve orale. Selon la DGRH, cette mesure a « *été l'occasion de rationaliser et de professionnaliser le recrutement des médecins de l'éducation nationale, les trois concours ayant été fusionnés en un concours unique sur titres et travaux, assorti d'un entretien* ».

Ce concours est ouvert aux titulaires d'un diplôme, certificat ou titre exigé, en application de l'article L4111-1 du code de la santé publique, pour l'exercice de la profession de médecin, ou d'une autorisation individuelle permanente d'exercice de la médecine en France. La DGRH a indiqué qu'il n'existe pas de rapports de jury, ni de bilans qualitatifs pour ce concours.

Les candidats admis sont nommés médecins stagiaires pendant un an. Ils reçoivent une formation théorique à l'école des hautes études en santé publique (EHESP) de Rennes pendant huit à seize semaines, la durée dépendant de leur expérience professionnelle antérieure et étant déterminée au cours d'un « entretien de positionnement ».

Ce dispositif montre que la France a fait le choix d'une médecine scolaire ouverte à des praticiens qualifiés, mais soumise à un recrutement spécifique par concours. De telles modalités ne se retrouvent pas dans d'autres pays européens. Par exemple, en Belgique, les titulaires du diplôme de docteur en médecine vont à l'université pendant un an pour obtenir un certificat de médecin de l'éducation nationale.

Les médecins de l'éducation nationale rencontrés en cours d'enquête ont fait part de leurs interrogations sur le dispositif français. En effet, bien qu'ils aient une formation initiale de médecins et ont réussi un concours de l'éducation nationale, ils considèrent que leur spécificité n'est pas suffisamment reconnue.

Ils observent en outre qu'à la fin de leur formation à l'EHESP, les médecins sont dits « qualifiés » en matière de santé scolaire, sans que cette appellation corresponde pour autant à un titre universitaire reconnu. En effet, pour qu'une filière de type universitaire soit réservée à la médecine scolaire, une première étape serait de définir un référentiel métier et un référentiel de formation, qui permettraient de préciser les spécificités de la médecine scolaire par rapport à d'autres champs disciplinaires tels que, par exemple, la santé publique, la pédiatrie ou la pédopsychiatrie.

Les représentants de l'EHESP auditionnés par la Cour ont précisé à cet égard que ces référentiels ont été effectivement établis et adaptés, au fil des ans, pour accompagner le développement des nouvelles missions de la médecine scolaire, mais qu'au final, ces travaux n'ont pas fait l'objet d'une validation officielle qui aurait permis de construire une filière universitaire adaptée.

Par ailleurs, **les concours de recrutement de médecins de l'éducation nationale ont un rendement médiocre.** Comme le montre le tableau suivant, ce dernier s'est dégradé à compter de l'exercice 2006 et l'amélioration observée en 2010 résulte essentiellement de la réduction du nombre de postes qui ont été offerts au concours.

Tableau n° 7 : Recrutements des médecins de l'éducation nationale

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Postes offerts	97	63	28	42	105	100	100	49	40
Candidats inscrits	Np	Np	Np	107	418	275	147	58	55
Candidats présents	Np	Np	Np	91	347	188	101	45	45
Postes pourvus	91	55	28	34	105	68	54	28	35
Rendement des concours	98,8 %	87,3 %	100 %	80,9 %	100 %	68 %	54 %	57 %	88%

Source : DGRH

Np : données non produites

Par ailleurs, ces données font apparaître, entre 2005 et 2010, une baisse très marquée du nombre de candidats inscrits et présents aux épreuves depuis les trois dernières années (147 inscrits et 101 présents en 2008 ; 55 inscrits et 45 présents en 2010). De fait, une telle évolution engendre une diminution de la sélectivité du concours de recrutement.

Comme l'a précisé la DGRH du ministère de l'éducation nationale, les difficultés de recrutement de médecins de l'éducation nationale trouvent leurs sources dans une faible attractivité de la carrière des médecins de l'éducation nationale, ainsi que dans une faible mobilité des lauréats.

Essentiellement recrutés parmi les médecins vacataires exerçant déjà en académie, il s'agit en majorité de femmes qui, du fait de leur niveau d'études et de leur situation familiale, entrent tard dans le corps et exercent souvent leurs fonctions à temps partiel. La DGRH a souligné, en outre, une inadéquation entre les origines géographiques des lauréats, principalement issus des académies du sud de la France (Aix-Marseille, Bordeaux, Montpellier, Nice) et la localisation des postes vacants, majoritairement situés dans des académies nordiques jugées peu attractives (Créteil, Lille, Reims, Rouen, Versailles).

Les affectations sont, en effet, organisées au niveau national : les lauréats sont affectés selon l'ordre de classement au concours, en fonction des postes vacants sur le territoire. Toutefois, en raison de leurs attaches géographiques et personnelles, la politique poursuivie par le ministère vise à stabiliser les lauréats dans leur académie ou, dans toute la mesure du possible, dans leur département d'exercice d'origine. Cette méthode ne permet donc pas de résorber les besoins dans les zones déficitaires. De plus, la DGRH a signalé que, lorsque les médecins de l'éducation nationale stagiaires sont titularisés, leurs postes ne sont pas mis au mouvement des titulaires l'année suivante et ce, afin de garantir à ces agents une stabilité dans l'exercice de leurs fonctions. En fait, l'enquête de terrain a montré que ces considérations orientées vers la satisfaction des agents, étaient peu connues, si bien que certains médecins vacataires depuis de nombreuses années ne souhaitent pas se présenter au concours et risquer une affectation lointaine.

Toutes ces rigidités expliquent le nombre croissant de postes vacants à l'issue des opérations d'affectation des lauréats et après la fin des opérations de mouvement : 33 postes vacants en 2006, 117 en 2009 et 123 en 2010. Ces postes vacants ne sont pas répartis de façon homogène sur le territoire, comme le montre le tableau suivant.

Tableau n° 8 : Postes vacants de médecins de l'éducation nationale

Académies	Postes vacants rentrée 2009	Postes vacants rentrée 2010
Aix-Marseille	0	0
Amiens	10	9
Besançon	1	2
Bordeaux	2	2
Caen	0	0
Clermont Ferrand	2	0
Corse	1	0
Créteil	21	24
Dijon	5	3
Grenoble	3	0
Guadeloupe	7	6
Guyane	4	3
Lille	3	7
Limoges	0	0
Lyon	0	0
Martinique	3	2

Montpellier	1	0
Nancy-Metz	4	2
Nantes	3	6
Nice	0	0
Orléans- Tours	5	4
Paris	1	1
Poitiers	1	1
Reims	6	9
Rennes	1	6
Réunion	6	2
Rouen	14	15
Strasbourg	2	1
Toulouse	0	0
Versailles	11	18
TOTAL	117	123

Source : DGRH

Ce tableau fait apparaître des **déficits importants et parfois croissants dans une large zone géographique composée des académies de Créteil, Rouen, Amiens, Reims et Versailles**. L'étendue de cette zone illustre, une fois encore, les difficultés rencontrées pour assurer une couverture homogène du territoire en matière d'accès à la médecine scolaire.

B - Recrutement et affectation des infirmiers

Le recrutement des infirmiers de l'éducation nationale s'effectue par concours ouvert aux titulaires de l'un des titres, certificats, diplômes ou autorisations suivants, permettant d'exercer l'activité d'infirmier : diplôme d'Etat d'infirmier, diplôme d'Etat d'infirmier de secteur psychiatrique et autorisation d'exercer prévue au code de santé publique. Par arrêté du 5 octobre 2005, les opérations de recrutement et d'affectation ont été déléguées aux recteurs.

Le plan de créations d'emplois d'infirmiers mis en œuvre de 2006 à 2010, explique l'augmentation du nombre de postes offerts. Toutefois, la proportion de postes pourvus reste assez faible (75% à ce jour), même si, à la différence des médecins de l'éducation nationale, le nombre de candidats inscrits et présents aux épreuves se maintient au cours de la période récente, comme le montre le tableau suivant.

Tableau n° 9 : Recrutement d’infirmiers de l’éducation nationale

Session	Postes offerts	Candidats inscrits	Candidats présents	Postes pourvus	Rendement des concours
2002	702	Np	Np	497	71%
2003	666	Np	Np	440	66%
2004	554	Np	Np	345	62%
2005	433	1 472	1 272	276	64%
2006	698	2 254	1 940	499	71%
2007	671	2 040	1 688	492	73%
2008	708	2 237	1 600	513	72%
2009	700	2 115	1 619	525	75%
2010	700	2 158	1 690	525	75%

Source : DGRH

Np : données non produites

Ces données qui ont été publiées en 2010 par la DGRH sous la forme d’une monographie sur les infirmiers de l’éducation nationale, font l’objet du commentaire suivant : « *Ces vacances importantes constatées traduisent un déficit structurel de vivier de candidats aux concours, de la concurrence de la fonction publique hospitalière et des pays frontaliers notamment, ainsi que d’un taux d’occupation d’emploi du corps particulièrement faible, du fait d’un fort pourcentage d’agents exerçant leurs fonctions à temps partiel* ».

Les infirmiers rencontrés en cours d’enquête ont, pour leur part, indiqué qu’il faudrait que les infirmiers lauréats puissent conserver le bénéfice de leur concours pendant deux années, ce qui leur éviterait d’être tentés d’abandonner l’éducation nationale au moment de la proposition d’un premier poste.

Les académies ont également mis en avant leurs difficultés pour pourvoir les postes d’infirmiers. Le rectorat de Lyon a ainsi indiqué que « *la création de demi-poste pose un problème pour l’affectation des personnes qui se retrouvent avec des secteurs à couvrir géographiquement importants et qui finalement refusent le poste ; les postes dans les EPLE qui comportent un internat sont plus difficiles à pourvoir ; enfin, il est plus facile de pourvoir les postes de la région lyonnaise que des postes en secteur rural.* »

Des débats existent toutefois sur ces analyses. Les syndicats d'infirmiers estiment ainsi que, contrairement à ces arguments, il existerait un vivier potentiel d'infirmiers en France, du fait d'un nombre important d'agents quittant chaque année le milieu hospitalier et qui pourraient rejoindre l'éducation nationale, si les conditions de carrière y étaient plus attractives. Une étude récente du ministère de la santé publiée en mai 2011 sur *La démographie des infirmiers à l'horizon 2030 (publication DREES Etudes et résultats)* précise, à ce titre, qu'« *en maintenant constants les comportements des infirmiers et les décisions des pouvoirs publics (scénario tendanciel), le nombre d'infirmiers en activité devrait continuer à augmenter jusqu'en 2030 mais à un rythme de moins en moins soutenu. La répartition des infirmiers par mode d'exercice serait assez peu modifiée, l'hôpital public restant le mode d'exercice le plus fréquent : environ 50 % des infirmiers continueraient d'y exercer.* » Cette analyse tendrait donc à montrer la possibilité d'une réponse quantitative aux besoins en infirmiers de l'éducation nationale.

IV - Déroulement de carrière des médecins et des infirmiers de l'éducation nationale

La gestion des ressources humaines constitue **un enjeu central pour la médecine scolaire. En effet, l'enquête a fait apparaître que, si les métiers de la santé scolaire sont jugés particulièrement intéressants et motivants, des conditions de carrière peu attractives tendent à dissuader les vocations.**

A - Carrière des médecins

De nombreux médecins rencontrés en cours d'enquête avaient une expérience antérieure de médecins généralistes. C'est à la faveur de circonstances familiales qu'ils ont opté pour l'éducation nationale, ce qui a leur a notamment donné la possibilité d'organiser leur temps de travail pour permettre l'éducation de leurs enfants. L'intérêt pour la prévention auprès des jeunes constitue également un élément de choix qui a été fréquemment exprimé.

Au regard de ces motivations, les médecins de l'éducation nationale estiment que le déroulement de carrière qui leur est proposé, n'est pas attractif. Les rémunérations brutes mensuelles (hors primes) de médecin de seconde classe se situent entre 1 754,88 euros et 3 222,68 euros et de médecin de première classe entre 2 866,15 euros à 3 801,46 euros. En début de carrière, le salaire est inférieur à celui d'un interne au cours de sa formation médicale (environ 2 000 euros).

Les éléments de comparaison avec d'autres catégories de médecins sont également peu favorables. En vertu de l'accord sur les salaires du 1^{er} février 2010, un médecin du travail débute avec un salaire minimal de 3 627 euros. Son salaire sera de 6 246 euros après 15 ans service. Un médecin des services parisiens de protection maternelle et infantile (PMI) débute avec un salaire de 1 900 euros, mais achèvera sa carrière avec un salaire de 4 900 euros. Comme l'ont confirmé les responsables du ministère de la santé, les médecins de l'éducation nationale sont les médecins publics les moins rémunérés.

Enfin, les médecins de l'éducation nationale n'ont que des perspectives limitées de débouché en cours de carrière. Après huit ans de carrière, ils peuvent être nommés par détachement sur un emploi de médecin conseiller technique auprès d'un recteur ou d'un inspecteur d'académie. Toutefois, il n'existe que 125 emplois fonctionnels de cette nature, avec un salaire terminal d'environ 4 800 euros.

B - Carrière des infirmiers

Les infirmiers rencontrés par la Cour ont souvent rejoint l'éducation nationale après une carrière au sein de la fonction publique hospitalière. L'intérêt pour les démarches de prévention auprès des enfants, le souci de concilier vie professionnelle et familiale, parfois également une expérience psychologiquement éprouvante en milieu hospitalier (par exemple, dans des unités de soins palliatifs) ont été fréquemment évoqués pour expliquer le choix de l'éducation nationale. Toutefois, les perspectives de carrière ne paraissent pas perçues comme adaptées à leurs motivations.

Le corps des infirmiers de l'éducation nationale se répartit entre le grade d'infirmier de classe normale et celui d'infirmier de classe supérieure. Le passage en classe supérieure nécessite d'avoir dix ans de service de fonctionnaire et d'avoir atteint le cinquième échelon. La rémunération brute mensuelle (hors primes) des infirmiers se situe entre 1 426,13 euros et 2 227,17 euros pour un infirmier de classe normale, et entre 1 903,05 euros et 2 472,57 euros pour un infirmier de classe supérieure. L'attractivité de pays étrangers plus rémunérateurs est perceptible dans certaines académies et explique le départ de certains infirmiers en cours de carrière. C'est le cas de l'académie de Lyon, dont certains infirmiers rejoignent la Suisse.

Alors que les infirmiers de la fonction publique hospitalière ont la possibilité de passer de la catégorie B à la catégorie A, cette option n'est pas ouverte, à ce jour, aux infirmiers de l'éducation nationale, classés en catégorie B.

Enfin, les infirmiers rencontrés en cours d'enquête ont formulé des interrogations sur leur régime indemnitaire. Par exemple, les formations au secourisme qui sont organisées dans les établissements en dehors du temps de service, donnent lieu à des versements d'heures supplémentaires aux enseignants, alors qu'aucune rémunération complémentaire n'est prévue pour les infirmiers qui, en général, en sont pourtant les maîtres d'œuvre.

V - Gestion des médecins et infirmiers non titulaires

En raison des difficultés de recrutement d'agents titulaires, la médecine scolaire recourt à un personnel non titulaire qui regroupe des contractuels et des vacataires.

A - Recensement des agents non-titulaires

Des incertitudes statistiques affectent le suivi des personnels de santé scolaire non titulaires à l'échelon national.

Les extractions des fichiers de paie effectuées par la DEPP au 31 janvier 2010 montrent que les services académiques employaient à cette date 127 médecins contractuels et 614 infirmiers contractuels, soit environ l'équivalent de 10% des effectifs d'agents titulaires. Toutefois, cet effectif doit être élargi aux vacataires dont les effectifs ne semblent pas faire l'objet d'un recensement fiable. La DEPP a, en effet, signalé qu'elle ne trouve que très peu de vacataires dans les fichiers et que les personnels sans indice de rémunération sont éliminés dans ses requêtes.

Pour autant, la DAF a produit le tableau suivant qui montre que les vacations font l'objet d'un suivi financier l'échelon national.

Tableau n° 10 : Evolution des dépenses de vacances des infirmiers et médecins (programme 230)

Année	TOTAL
2002	18 231 566 €
2003	17 254 218 €
2004	15 343 452 €
2005	14 818 240 €
2006	13 752 575 €
2007	10 586 371 €
2008	9 292 529 €
2009	8 301 872 €

Source : DAF

Ce tableau fait apparaître que les dépenses de vacances relevant du programme « vie de l'élève » ont diminué de 54% entre 2002 et 2009. L'interprétation de cette évolution peut être sujette à débats. Si certaines académies ont effectivement ressenti des difficultés à recruter des vacataires, la baisse constatée s'explique aussi par les dispositifs de contractualisation et de titularisation de médecins antérieurement vacataires. Enfin, selon certains médecins rencontrés en cours d'instruction, d'autres académies auraient diminué les crédits de vacances pour réaliser des économies budgétaires⁶.

En outre, la DGESCO a indiqué les limites du recours à des vacances effectuées par des médecins généralistes se substituant à des médecins titulaires de l'éducation nationale. A ce titre, elle a précisé que *« l'état actuel de la démographie médicale augmenterait les inégalités territoriales de couverture si seuls les médecins libéraux y participaient ; la charge actuelle des généralistes et la rémunération sous forme de vacances ne rendent pas attractives cette hypothèse ; un exercice libéral en parallèle avec des actions vers un public captif pourrait être entendu par l'ordre des médecins comme un risque de détournement de clientèle. »*

⁶ Des vacances de médecins émarginent également sur la programme 214 « soutien de la politique de l'éducation nationale. Toutefois les montants concernés (32 685 euros en 2009) ne remettent pas en cause le constat global d'une baisse des dépenses de vacation.

B - Gestion des médecins non titulaires

S'agissant d'une profession réglementée, les conditions exigées des médecins contractuels ou vacataires sont les mêmes que celles valant pour les médecins titulaires.

Les recteurs peuvent recruter plusieurs types de médecins non titulaires :

- des contractuels relevant du 1^{er} alinéa de l'article 6 de la loi du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, pour assurer des fonctions correspondant à un besoin permanent, impliquant un service à temps incomplet d'une durée n'excédant pas 70% d'un service à temps complet ;
- es contractuels relevant du 2^{ème} alinéa de l'article 6 de la même loi, pour exercer des fonctions correspondant à un besoin occasionnel ; le contrat est alors conclu pour une durée maximale de dix mois pour une période de douze mois consécutifs ;
- es contractuels sur emploi à temps complet, en application de l'article 4 de la loi du 11 janvier 1984 précitée, depuis 2009 ; les agents sont engagés pour des contrats à durée déterminée, d'une durée maximale de trois ans. Ces contrats sont renouvelables, par reconduction expresse. La durée des contrats successifs ne peut excéder six ans. Si, à l'issue de cette période, ces contrats sont reconduits, ils ne peuvent l'être que par décision expresse et pour une durée indéterminée ;
- nfin, des vacataires (120 heures par mois au maximum), en application du décret du 13 décembre 1978⁷.

Les conditions d'exercice des médecins non titulaires paraissent faiblement attractives. A titre d'exemple, la rémunération de l'heure de vacation médicale ne dépasse pas les 17 euros. L'enquête a toutefois fait apparaître des cas de médecins qui sont vacataires de façon continue depuis plus d'une vingtaine d'années, ce qui montrent les limites des dispositifs visant à stabiliser ces personnels précaires.

⁷ Décret n° 78-1308 du 13 décembre 1978 fixant la rémunération des médecins, chirurgiens dentistes [...] qui apportent leur concours au fonctionnement des services médicaux relevant des administrations de l'Etat et de ses établissements publics à caractère administratif ou à caractère culturel et scientifique

En effet, en application du décret du 27 juin 2006 modifiant le décret du 27 novembre 1991 portant dispositions statutaires applicables au corps des médecins de l'éducation nationale et à l'emploi de médecin de l'éducation nationale-conseiller technique, des concours dérogatoires ont été ouverts notamment aux médecins non titulaires de la fonction publique, pour les sessions de 2006 à 2008.

Ces concours ont été organisés selon des modalités identiques à celles prévues pour les concours de recrutement des médecins de l'éducation nationale, avec 70 postes ouverts en 2006, 63 en 2007 et 63 en 2008. Cette mesure a permis de titulariser environ 150 médecins jusqu'alors non titulaires. La DGRH a signalé qu'en 2009, alors que le dispositif transitoire avait pris fin, 23 lauréats étaient précédemment médecins contractuels.

L'inspection académique de la Mayenne a souligné les difficultés croissantes de recrutement des médecins non titulaires afin de pourvoir les services laissés vacants : « *Actuellement et depuis plusieurs années, la démographie médicale du département de la Mayenne a rendu impossible tout recrutement de médecins vacataires ou contractuels. Des territoires sont ainsi dépourvus et les bilans de six ans non réalisés* ».

C - Gestion des infirmiers non titulaires

S'agissant d'une profession réglementée, les conditions exigées des infirmiers contractuels ou vacataires sont les mêmes que celles valant pour les infirmiers titulaires.

Les infirmiers scolaires non titulaires sont recrutés par les recteurs en qualité :

- de contractuels relevant du 1^{er} alinéa de l'article 6 de la loi du 11 janvier 1984 précitée ;
- de contractuels relevant du 2^{ème} alinéa de l'article 6 de la même loi ;
- de vacataires (pour 120 heures au maximum), en application du décret du 13 décembre 1978 précité.

A la différence des médecins de l'éducation nationale, les infirmiers scolaires non titulaires n'ont pas fait l'objet de mesures particulières de titularisation. Le concours unique constitue dès lors un moyen de stabilisation des non titulaires, ceux-ci représentant en moyenne plus de 40% des agents nommés, comme le montre le tableau suivant.

Tableau n° 11 : Postes d’infirmiers pourvus par d’anciens non titulaires

Session	Postes pourvus	Postes pourvus par des infirmiers précédemment non titulaires	%
2004	345	110	32%
2005	276	140	51%
2006	499	199	40%
2007	492	187	38%
2008	513	215	42%
2009	525	185	35%

Source : DGRH

VI - Evolution des effectifs sur longue période

A la demande de la Cour, la DEPP a produit deux tableaux qui figurent dans l’annexe n°1 et qui permettent de comparer les effectifs de médecins et d’infirmiers de l’éducation nationale entre les années 1999 et 2011. L’intérêt de ces données est qu’elles portent sur la répartition des effectifs d’agents titulaires et non titulaires par académie, mais également par département. La DEPP a signalé qu’elle n’a pas pu remonter avant l’année 1999 car elle ne dispose pas de telles données pour la période antérieure.

Les données de la DEPP font apparaître que, tous statuts confondus, les effectifs de médecins sont passés de 1 307 en 1999 à 1 478 en 2011 et ceux d’infirmiers de 6 250 à 8 409, soit des augmentations respectives de 13% et de 34,5%.

S’agissant des trois académies examinées par la Cour, les effectifs de médecins sont passés, entre 1999 et 2011, de 99 à 83 pour Créteil, de 55 à 64 pour Lyon et 68 à 86 pour Nantes. Les données équivalentes pour les infirmiers sont passées de 450 à 546 pour Créteil, 304 à 392 pour Lyon et 279 à 381 pour Nantes.

Si l’on examine l’ensemble des académies, les effectifs d’infirmiers se sont partout accrus, ce qui montre l’impact du plan de création d’emplois à l’échelon territorial. En revanche, sept académies ont vu leurs effectifs de médecins diminuer ; Amiens (-9), Besançon (-2), Créteil (-16), Lille (-7), Nancy-Metz (-1), Reims (-2),

Rouen (-8). Si l'on examine les évolutions des médecins par département, 17 ont connu, dans des proportions variables, une baisse d'effectifs. A titre d'exemple, la Seine-Saint-Denis comptait 46 médecins en 1999, contre 31 en 2011.

Enfin, la répartition statutaire des personnels de médecine scolaire a sensiblement évolué entre 1999 et 2011. On peut, en effet, constater une hausse très forte du nombre de médecins contractuels (25 en 1999, contre 154 en 2001) et d'infirmiers contractuels (212 en 1999, contre 625 en 2011).

L'interprétation de ces données brutes peut être sujette à débats.

Tout d'abord, elles tendent à montrer qu'il n'existe pas, à un niveau global, une diminution générale des effectifs qui permettrait de parler de pénurie générale en matière de personnels de médecine scolaire. Il existe, à ce titre, un décalage sensible entre ces données et les perceptions des agents rencontrés par la Cour qui s'explique, sans doute, par le fait que le sentiment de ces derniers d'une insuffisance en personnels sur le terrain résulte de l'accroissement des missions qui leur ont été confiées.

En revanche, à un niveau plus fin d'analyse, ces données font apparaître des évolutions défavorables dans certaines académies et départements. On peut d'ailleurs relever que ces derniers correspondent à des zones jugées peu attractives et qui connaissent également des déficits en personnels enseignants.

Par ailleurs, les données de la DEPP sont lacunaires, en ce sens qu'elles n'intègrent pas les médecins et les infirmiers vacataires. Or, comme précédemment mentionné, la gestion de cette catégorie d'agents a évolué entre 1999 et 2011 : en 1999, ils ne faisaient pas l'objet d'un suivi par poste, mais d'un suivi financier correspondant à la consommation des crédits de vacations ; au cours de la période récente et comme l'a indiqué la DGRH, de nombreux médecins vacataires sont devenus contractuels, ce qui peut expliquer l'importance des effectifs concernés en 2011 comparativement à 1999.

En outre, ces données concernent des personnes physiques et ne prennent donc pas en compte les évolutions en matière de temps partiel. Il existe, en effet, une perte importante de potentiel horaire tant chez les médecins que les infirmiers de l'éducation nationale, puisqu'aujourd'hui, ce sont respectivement 35% et 39% des agents concernés qui n'exercent pas à temps plein.

Enfin, ces données ne permettent pas, en l'état, de se prononcer clairement sur la situation équilibrée ou non des corps de médecins et d'infirmiers de l'éducation nationale. En effet, pour ce faire, il conviendrait de raisonner non pas en effectifs d'agents mais en nombre moyen d'élèves par médecins et infirmiers si l'on veut appréhender correctement la couverture territoriale de la médecine scolaire au regard des fluctuations des effectifs d'élèves. Or, comme le montre la partie finale du présent rapport sur les résultats de la médecine scolaire, cette analyse met en lumière d'importantes incertitudes méthodologiques qui limitent les possibilités de comparaison entre les calculs effectués par les services ministériels et ceux produits par les rectorats.

VII - Formation initiale et continue

S'agissant des médecins, leur formation initiale qui était autrefois de 24 semaines, s'organise sur huit à seize semaines à l'EHESP de Rennes. Cette formation est parfois jugée trop éloignée du terrain, un médecin de l'académie de Nantes ayant signalé avoir été formé à un logiciel qui n'existait pas dans son académie d'affectation. Les attentes sont fortes en matière de formation en pédopsychiatrie, afin, par exemple, de faire face aux cas de comportements suicidaires ou de mieux détecter les troubles liés à des souffrances psychiques.

Mais **la principale observation des médecins est que la formation initiale n'est pas reconnue comme une spécialisation professionnelle qui validerait la spécificité de leur exercice en milieu scolaire** (Cf. *supra*). Par ailleurs, les médecins entendus par la Cour souhaitent que l'éducation nationale puisse constituer un lieu de stage pour les internes en médecine, ce qui, selon eux, pourrait éveiller des vocations. Cette option est toutefois d'ores et déjà ouverte puisque, par exemple, les médecins de l'académie d'Amiens interrogés par la Cour ont signalé que des internes sont accueillis dans le cadre de leurs formations pratiques. De même, les formateurs de médecins généralistes auditionnés par la Cour ont confirmé que la médecine scolaire peut constituer un lieu de stage, au même titre que les services de protection maternelle et infantile ou la médecine en milieu pénitentiaire.

S'agissant des infirmiers, leur formation initiale est assurée par les académies. L'adaptation à l'emploi est réalisée dans le cadre de tutorats, ce dispositif paraissant donner satisfaction aux infirmiers rencontrés en cours d'enquête. Des interrogations sont toutefois exprimées sur le dispositif, certains infirmiers estimant qu'ils devraient être formés à l'école de Rennes, comme les médecins. La durée des formations varie

selon les académies mais elle paraît trop courte pour permettre une véritable assimilation des enjeux du métier (six jours dans l'académie de Nantes, par exemple). Certains infirmiers rencontrés en cours d'enquête estiment également que ces formations sont programmées trop tardivement alors qu'il serait préférable qu'elles soient organisées immédiatement après la réussite au concours. Ils souhaiteraient aussi que certains aspects soient mieux pris en compte dans les formations, en citant notamment le développement des compétences nécessaires pour faire face au mal-être des jeunes. Enfin, les infirmiers du Val-de-Marne ont indiqué qu'une formation en santé publique comprenant les concepts de base, la conduite de projet et l'évaluation, serait utile aux agents rejoignant l'éducation nationale.

En matière de formation continue, l'étroitesse de l'offre et les contraintes financières sont unanimement critiquées par les personnels rencontrés durant l'enquête. Les plans académiques de formation n'offriraient pas suffisamment de formations proprement médicales, notamment axées sur de nouvelles pathologies ou de nouveaux traitements. Des infirmiers auditionnés par la Cour ont souligné l'intérêt qu'il y aurait à organiser des formations inter académiques en plus de celle prévues par les rectorats. Plusieurs médecins ont regretté l'absence de prise en charge par l'administration des abonnements à de revues médicales qui permettraient une actualisation des savoirs.

Certains médecins ont enfin signalé qu'à titre personnel et à leurs propres frais, ils se sont inscrits dans des formations universitaires (DU). Pour sa part, l'EHESP a mis en place un diplôme d'établissement intitulé « Santé publique et santé de l'enfant : droit, éthique et bonnes pratiques » qui s'articule autour de problématiques transversales (sociologie, démographique, droits de l'enfant et de la famille...). Cette formation accueille 18 médecins pour sa première année de fonctionnement et son coût est d'environ 3 000 euros. L'école envisage de nouvelles formations sur la base d'un tronc commun et de modules spécialisés parmi lesquels figurerait la promotion de la santé en milieu scolaire.

Pour sa part, la DGRH a signalé que *« l'une des pistes prises en compte dans la revalorisation du métier de médecin de l'éducation nationale est l'éventuelle reconnaissance, en tant que spécialité, des compétences développées dans leurs fonctions par les médecins de l'éducation nationale. Un travail est engagé en ce sens avec l'EHESP qui assure déjà la formation professionnelle et l'adaptation à l'emploi de ces personnels ».*

Au regard de ce projet que la DGRH qualifie d'« éventuel », la Cour souligne que la formation constitue un enjeu important pour la médecine scolaire. Elle souligne également la nécessité d'une reconnaissance plus grande de la qualification professionnelle des personnels au cours de leurs formations initiale et continue.

VIII - Gestion prévisionnelle des effectifs

La médecine scolaire est mise en œuvre par des agents dont la moyenne d'âge laisse présager d'importants besoins de renouvellement à court et moyen termes. Selon les extractions faites par la DEPP sur le fichier de paie au 31 janvier 2010, 95,5% des médecins de l'éducation nationale titulaires sont des femmes dont l'âge moyen est de 51 ans. Parmi les infirmiers titulaires, le taux de féminisation atteint 96,3% et l'âge moyen est de 46 ans. Comme l'observe la DGRH dans sa monographie publiée en 2010 sur les infirmiers, *« compte tenu du faible pourcentage des personnels ayant moins de 40 ans dû à un problème de vivier, il sera nécessaire d'anticiper le phénomène de vieillissement de la population »*.

Cette analyse conduit à s'attacher aux perspectives futures de départs à la retraite et à apprécier les mesures envisagées par le ministère de l'éducation nationale pour renforcer l'attractivité des métiers de la médecine scolaire.

A - Perspectives de départs à la retraite

La DGRH a indiqué à la Cour que, s'agissant des médecins de l'éducation nationale, ce sont, de 2001 à 2006, 26 agents en moyenne qui ont fait valoir chaque année leurs droits à la retraite, contre 48 depuis 2007. Elle a également indiqué, s'agissant des infirmiers de l'éducation nationale, une augmentation des départs à la retraite de 2004 à 2008 (147 départs en moyenne en 2004, contre 264 en 2008), puis une certaine tendance à la diminution (180 départs en 2009 et 218 en 2010).

En ce qui concerne les retraites prévues à moyen et long terme, la DEPP a fourni, sous la forme du tableau suivant, des projections jusqu'en 2019 qui illustrent **la montée en charge des départs des personnels de la médecine scolaire et les défis qui en découlent. En effet, 32% des infirmiers de l'éducation nationale et 42% des médecins de l'éducation nationale devraient partir au cours de la période étudiée.**

Tableau n° 12 : Projection des départs à la retraite 2011-2019

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Infirmiers	194	207	218	235	280	283	302	316	333
Médecins	56	62	67	79	83	76	73	66	69

Source : DEPP

Toutefois, les anticipations s'avèrent parfois difficiles sur le terrain et les départs peuvent être brusques d'une année sur l'autre. Ainsi l'académie de Nantes devra-t-elle gérer à la rentrée scolaire 2011-2012 huit départs sur les 60 médecins aujourd'hui en fonction. Des départs à l'étranger, liés à des écarts de rémunération, mais également des départs vers les services départementaux de protection maternelle et infantile ou vers les services médicaux municipaux des grandes villes, viennent également remettre en cause les effectifs des académies.

Le renouvellement à court terme des personnels de santé constitue une préoccupation urgente, d'autant plus que l'ensemble de la profession médicale connaît des problèmes de recrutement et que certaines régions sont confrontées à des déficits en médecins généralistes et spécialistes. Toutefois, ainsi qu'elle l'a déjà relevé, la Cour estime qu'une revalorisation de l'image et des carrières de la médecine scolaire devrait contribuer à lever les incertitudes actuelles sur la capacité du ministère à renouveler son personnel de médecine scolaire.

B - Mesures envisagées en faveur des métiers de la médecine scolaire

Interrogé lors de son audition à la Cour sur les mesures envisagées pour accroître l'attractivité des métiers de la médecine scolaire, le DGESCO a répondu qu'il revenait à la DGRH de répondre. Il a mentionné, s'agissant des infirmiers de l'éducation nationale, l'importance qu'il y aurait à faciliter l'attribution de logements de fonction, lorsque les établissements sont dotés d'un internat : la Cour estime néanmoins que cette mesure ne permettrait pas, à elle seule, de garantir des recrutements suffisants.

S'agissant des médecins de l'éducation nationale, la DGRH a indiqué pour sa part que « *l'amélioration du recrutement des médecins de l'éducation nationale, et ainsi la situation de la médecine scolaire, est depuis plusieurs années une des priorités de notre département*

ministériel » et que « les prévisions des départs à la retraite rendent l'amélioration du recrutement plus urgente encore ».

Au titre des mesures envisagées, la DGRH a mentionné une double réflexion en cours sur la redéfinition des missions et sur une revalorisation indiciaire, le but de cette dernière étant de « *pallier les écarts de rémunération actuels entre les internes en médecine et les médecins de l'éducation nationale en début de carrière, et avec d'autres filières de médecins de la fonction publique* ». La DGRH a également mentionné l'arrêté du 23 décembre 2010 qui permis de revaloriser les montants annuels de référence de l'indemnité de sujétions spéciales allouée aux médecins et aux médecins conseillers techniques de l'éducation nationale.

Par ailleurs, la DGRH a indiqué que le nombre de postes proposés au concours de médecin de l'éducation nationale serait, à l'avenir, significativement augmenté : 100 postes seraient offerts à la session 2011, contre 40 en 2010. En outre, dans le cadre d'une campagne de communication sur les métiers de l'éducation nationale engagée en juin 2011, un volet été prévu pour les médecins scolaires, le dispositif s'adressant prioritairement aux étudiants de médecine et aux médecins. La DGRH a souligné que « *les relais de ce dispositif seront notamment les centres hospitaliers universitaires et le conseil national de l'ordre des médecins* ».

Enfin, la DGRH a indiqué que des mesures seront prises en matière d'organisation des recrutements : « *Dans la mesure où le faible rendement des concours s'explique aussi par leur organisation complète au niveau national, qui entraîne une non adéquation entre les origines des lauréats et les besoins du service, il est envisagé de recruter les titulaires à un niveau semi local (concours déconcentré)* ». A cette fin, les concours seraient organisés à l'échelon national pour la phase d'admissibilité sur dossier, puis à l'échelon académique pour la phase d'admission avec épreuve orale. L'académie dans laquelle les candidats se sont inscrits pour l'épreuve d'admission, déterminerait l'académie d'affectation.

Comme l'a indiqué la DGRH, ce dispositif nécessitera pour le ministère de préciser lors de l'ouverture des concours, les académies ayant des besoins de recrutements et de prévoir un jury national d'admissibilité et des jurys académiques d'admission. La DGRH a toutefois indiqué que « *compte tenu des volumes limités de recrutement, rien n'interdirait de mutualiser la phase d'admission au sein d'un même jury pour l'ensemble des académies, avec autant de classements* ». La Cour prend note de ces mesures envisagées, mais observe que, ainsi qu'un recteur auditionné par la Cour l'a souligné, un recrutement effectué

au niveau académique ne résoudra pas à lui seul la question des académies actuellement déficitaires en raison d'une attractivité jugée trop faible.

S'agissant des infirmiers de l'éducation nationale, la DGRH a indiqué que l'amélioration du recrutement « sera fondée sur le renforcement de l'attractivité de leur carrière découlant du classement de leur emploi en catégorie A ». Elle a indiqué qu'« il s'agit à ce stade d'un travail interministériel et inter-fonctions publiques » qui « doit faire l'objet d'échanges avec le ministère chargé de la fonction publique qui assure le pilotage de ce dossier, lequel concerne également la fonction publique territoriale au sein de laquelle les situations sont plus diverses encore ».

Dans ce cadre, la DGRH a précisé que l'élaboration de nouveaux statuts de catégorie A valant pour les infirmiers de l'Etat et donc de l'éducation nationale, est en cours de concertation en vue d'une publication au cours du second semestre 2011, avec une intégration progressive dans la catégorie A à partir de 2012. Elle a signalé, en outre, que « le classement en catégorie A des emplois d'infirmiers de l'éducation nationale permettra l'application des nouvelles modalités de mobilité entre corps et cadres d'emplois de même catégorie », conformément aux dispositions de la loi du 3 août relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique.

Par ailleurs, la campagne de communication précitée sur les métiers de l'éducation nationale concernera les infirmiers de l'éducation nationale, à l'instar des médecins de l'éducation nationale. La DGRH a indiqué que « dans le contexte actuel de réduction d'effectifs, ce dispositif sera en particulier dirigé vers les infirmiers et les étudiants suivant la formation d'infirmiers, afin de valoriser le métier d'infirmier de l'éducation nationale ».

Tout comme pour les médecins, la Cour prend note de ces mesures concernant les infirmiers de l'éducation nationale, en observant qu'il reviendra au ministère de l'éducation nationale de dégager les marges de manœuvre budgétaires nécessaires pour assumer, à budget constant, les dépenses induites.

Enfin, la DGRH a indiqué que « compte tenu des perspectives démographiques, liées aux réductions d'effectifs, qui nécessitent de rationaliser l'organisation de la promotion de la santé des élèves, du nouveau rôle des agences régionales de santé, les missions des médecins et des infirmiers de l'éducation nationale sont actuellement revues dans le cadre de groupes de travail associant les organisations syndicales ». Lors de leur audition par la Cour, les organisations représentatives des

médecins et infirmiers de l'éducation nationale ont toutefois indiqué que cette démarche n'était pas encore pleinement engagée.

Au regard de l'enjeu que constituent les besoins de renouvellement des effectifs de professionnels de la médecine scolaire, la Cour prend note des diverses mesures qui sont actuellement envisagées par le ministère de l'éducation nationale pour améliorer l'attractivité des métiers de la médecine scolaire. En effet, elle estime que seule une adaptation statutaire qui aurait certes des conséquences sur les rémunérations, mais qui, dans le contexte budgétaire actuel, pourrait être mise en œuvre en redéployant d'autres moyens du ministère, est susceptible de lever les fortes incertitudes qui pèsent sur la capacité de l'éducation nationale à attirer des candidats en nombre suffisant dans ce secteur.

IX - Conditions matérielles d'exercice

L'enquête de la Cour a fait apparaître que les médecins et les infirmiers de l'éducation nationale estiment ne pas toujours bénéficier de conditions matérielles adaptées à leurs besoins, que ce soit en termes de locaux ou d'équipements. L'organisation des secrétariats constitue également une question récurrente, tout comme les modalités de remboursement des frais professionnels.

A - Locaux et équipements

Les conditions matérielles de l'exercice de la médecine scolaire ont été précisées par le protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les EPLE du 6 janvier 2000. Ce protocole définit des normes en matière de locaux : ils doivent être dotés d'une salle d'attente, d'un bureau, d'une salle de soins, d'une salle de repos, d'un bureau de consultation situés au rez-de-chaussée, ces espaces devant être équipés de toilettes, dotés d'un téléphone et de matériels informatiques.

Ces normes ne sont pas toujours respectées. Un collègue du Maine-et-Loire présente certes une infirmerie adaptée mais ne peut offrir de bureau au médecin. Le rapport d'activité des infirmiers de Seine-Saint-Denis pour 2009-2010 signale que « *beaucoup d'infirmiers font remonter des problèmes de locaux notamment dans les écoles primaires et maternelles, locaux inadaptés, locaux à partager avec d'autres professionnels et locaux éloignés de l'école. Parfois, il n'existe même pas de cabinet médical. Les bilans de santé ne se réalisent jamais au même endroit (dortoir, cantine, bibliothèque, bureau de la directrice).* Assez

fréquemment infirmeries et cabinets médicaux sont mal insonorisés, ce qui rend les dépistages auditifs difficiles à réaliser et la confidentialité n'est pas respectée ». Un collègue du même département signale l'absence d'une ligne téléphonique dédiée au cabinet médical, ce qui oblige le médecin à utiliser celle de l'infirmerie. En Loire-Atlantique, un collègue a indiqué que « *le médecin bénéficie d'un bureau au sein des locaux de l'infirmerie* » mais « *ce bureau est partagé avec la conseillère d'orientation psychologue* », cette organisation ne permettant pas de garantir le secret médical des consultations.

Par ailleurs, le protocole du 6 janvier 2000 définit les différents matériels qui sont nécessaires à l'exercice médical : matériels pour les soins, matériels de dépistage (notamment tensiomètre, audi-vérificateur, toise), produits d'usage courant... Dans les faits, des problèmes récurrents se posent en matière d'acquisition et de renouvellement du matériel médical. Le rapport d'activité des infirmiers de Seine-Saint-Denis pour 2009-2010 souligne ainsi : « *Concernant les outils de dépistage, un kit par infirmier serait indispensable. Actuellement la plupart des collèges ayant deux infirmiers ne possède qu'un kit de dépistage. Il reste très compliqué de sortir le matériel pour dépister dans le premier degré. Il est également peu aisé pour les collègues d'obtenir du matériel de dépistage pour les plus jeunes, les collègues semblent peu concernés par l'achat d'outils de dépistage pour les élèves du premier degré* ». Cette observation fait référence au fait que les infirmiers sont souvent affectés en postes mixtes entre le premier degré et un établissement du second degré. Ayant supporté la charge d'achat du matériel, certains chefs d'établissement n'acceptent pas qu'il soit utilisé ailleurs par l'infirmier. Etant donné les situations de tension qui peuvent résulter de ces comportements, tant les infirmiers que les médecins préfèrent bien souvent acheter leur matériel médical avec leur argent personnel, sans demander à être remboursés. Enfin, en raison de leur situation itinérante, les médecins de l'éducation nationale estiment indispensables qu'ils soient dotés de téléphones portables pris en charge par l'administration. En effet, ils utilisent leurs propres téléphones, sans être remboursés⁸.

⁸ Un médecin de l'académie de Nantes estime ainsi qu'il faut « *améliorer le matériel mis à disposition des médecins : acquérir des ordinateurs portables plus petits et plus légers (l'équipement date de 2006) ; augmenter le budget consacré à l'étalonnage et la réparation des appareils de vérification de l'audition (certains n'ont pas été vérifiés depuis plus de dix ans alors que cela devrait être fait chaque année) ; mettre à disposition une valise à roulettes pour transporter le matériel médical (lourd, encombrant et fragile) ; fournir des téléphones portables professionnels pour pouvoir jouer plus facilement le rôle de conseiller technique des équipes d'école ou d'établissement* ».

En outre, tant les infirmiers que les médecins rencontrés en cours d'enquête ont insisté sur le rôle essentiel des secrétariats médico-scolaires qui assurent la gestion des agendas, le suivi des convocations des élèves et de leur famille, les contacts avec les partenaires extérieurs... Ces postes sont difficiles à pourvoir, comme l'a souligné une école élémentaire de l'académie de Lyon : « *L'infirmier passe une grande partie de son temps à faire du secrétariat, le poste de secrétaire n'étant pas pourvu depuis plusieurs années : ce qui fait autant d'actions en moins en faveur des élèves* ».

Des réflexions sont en cours dans certaines académies pour revoir les structures administratives au service de la médecine scolaire. Dans le Val-de-Marne ont été développés des pôles de consultation. Ces structures présentent l'avantage, selon les médecins rencontrés, d'accueillir les familles en dehors de l'établissement fréquenté, ce qui peut éviter certaines réticences liées à des situations d'échec scolaire des enfants. L'académie de Créteil souhaite également engager une réflexion pour rationaliser l'organisation et le fonctionnement des secrétariats. En Seine-et-Marne, un médecin a indiqué que « *sur un vaste département comme la Seine-et-Marne, il serait sans doute adapté de raisonner en territoire de santé, avec une équipe médico-scolaire composée d'un médecin, d'infirmiers et d'une secrétaire, sous l'autorité de l'inspecteur d'académie (et des conseillers techniques) se retrouvant dans un lieu unique, et définissant en fonction d'indicateurs locaux des priorités de santé pour les élèves. Ces personnels devraient pouvoir utiliser des véhicules de service pour effectuer leurs déplacements, comme cela se fait pour les équipes du Conseil Général.* » Une telle organisation en équipe pourrait constituer une option intéressante pour les départements dont la couverture médicale est faible. Toutefois, la Cour a pu constater, lors de ses auditions des personnels, qu'elle ne rencontre pas forcément l'accord de ces derniers.

Les centres médico-scolaires (CMS) illustrent également les difficultés de fonctionnement matériel de la médecine scolaire. Reprenant des dispositions datant de 1945, le code de l'éducation précise que les chefs-lieux de département et d'arrondissement et les communes de plus de 5 000 habitants doivent organiser un ou plusieurs CMS pour les visites et les examens prescrits au titre de la santé scolaire. Les familles y sont accueillies avec leurs enfants par les médecins de l'éducation nationale pour les visites médicales obligatoires, ainsi que pour les examens demandés par les parents ou les équipes éducatives. Les centres disposent d'un secrétaire qui est mis à disposition des communes par l'éducation nationale. Cette organisation permet de gérer les appels, d'organiser les rendez-vous et de résoudre en partie la question des frais de déplacements

des médecins. Les parents et les enseignants sont informés de l'existence des CMS en début d'année scolaire.

La DGESCO a recensé environ 850 CMS et constaté que les municipalités s'investissent de manière inégale dans leur équipement. Un décret du 26 novembre 1946 a précisé que les communes précitées devaient mettre les locaux nécessaires à la disposition du service de santé scolaire. Les communes concernées sont tenues, comme pour les écoles, d'assurer la gestion des centres et de pourvoir à l'entretien des locaux. Elles doivent en particulier prendre à leur charge le personnel de service, assurer le chauffage et régler les dépenses d'eau, de gaz et d'électricité, de fournitures de bureau, de petit matériel, de réparations, de téléphone. Toutefois, ces dispositions sont anciennes et ne précisent pas, par exemple, les obligations municipales en matière d'équipement informatique. Des incertitudes se posent également sur les modalités et la prise en charge des achats de matériels médicaux.

A titre d'illustration de ces difficultés de fonctionnement, le rapport d'activité médicale de Maine-et-Loire pour 2009-2010 indique que *« certaines communes diminuent les subventions de fonctionnement des CMS. Les équipements sont souvent insuffisants avec des placards anciens qu'il n'est pas possible de fermer à clés conformément à nos obligations de confidentialité par rapport aux dossiers des élèves »*. L'académie de Nantes a, pour sa part, précisé que *« pour la gestion des CMS, l'installation matérielle du personnel de secrétariat est à négocier avec les communes. Il faut se mobiliser très fortement et sur la durée pour obtenir du matériel, un budget de fonctionnement, des rénovations, de l'entretien par les mairies, des connexions ADSL... Ce sont essentiellement les personnels sur le terrain qui œuvrent à l'amélioration de leurs conditions de travail. Certaines mairies sont plus conciliantes que d'autres et on peut dire que l'organisation et l'équipement des centres médico-scolaires sont assez disparates, et généralement plutôt limités ! »*.

En définitive et par delà tous ces cas particuliers qui démontrent des situations contrastées en termes d'équipement, de telles observations soulignent, aux yeux de la Cour, l'enjeu que constituent désormais les outils de communication pour les activités de la médecine scolaire. En effet, comme l'ont fait apparaître les auditions des agents, la nécessité de travailler en réseau avec des partenaires extérieurs, en particulier du secteur médical, fait que les nouvelles technologies constituent désormais un support indispensable pour les médecins et les infirmiers de l'éducation nationale. En outre, les académies doivent être attentives aux

modalités d'organisation des secrétariats médico-scolaires qui jouent un rôle déterminant dans le service rendu aux élèves et à leur famille.

B - Frais de déplacement

Les services académiques sont amenés à indemniser les personnels de santé pour les déplacements qu'ils effectuent pour se rendre d'un établissement à l'autre et effectuer des visites (familles, organismes, etc.) dans leurs secteurs d'intervention. Ces déplacements ne donnent pas lieu à des ordres de mission ponctuels, mais à un ordre de mission permanent, établi annuellement, qui a valeur d'autorisation à se déplacer dans un secteur donné et à utiliser un véhicule personnel pour les besoins du service. L'agent établit un état de frais mensuel récapitulant les frais induits par ses déplacements (indemnités kilométriques et frais de restauration) qui est visé par le médecin ou l'infirmier conseiller technique et adressé à l'administration.

La mise en place courant 2010 de l'application informatique « Déplacement temporaire Ulysse » a permis la dématérialisation des documents (ordre de mission et état de frais) et une mise en paiement plus rapide des remboursements. Toutefois d'importants retards ont été signalés en cours d'enquête. Dans l'académie de Nantes, des médecins ont indiqué que leurs frais de déplacement de mars 2010 n'ont été remboursés qu'en décembre 2010. Dans l'académie de Lyon, une école élémentaire a signalé que les visites médicales obligatoires de six ans sont réalisées non pas par le médecin, mais par une infirmière « *dans la limite de l'enveloppe dont elle bénéficie pour ses frais de déplacement. Ainsi, du fait de l'insuffisance de cette enveloppe l'an passé, certaines écoles extérieures à la ville n'ont pas eu cette visite obligatoire* ».

Chapitre III

Organisation de la médecine scolaire

L'organisation de la médecine scolaire est pilotée par une administration centrale et mise en œuvre à l'échelon déconcentré. Mais cette structuration administrative, assez classique, masque un fonctionnement en réseaux : réseau interne des médecins et des infirmiers en relation avec leurs conseillers techniques situés aux échelons national, rectoraux et départementaux ; réseau externe de partenariats multiformes avec des acteurs extérieurs à l'éducation nationale, qu'ils relèvent des collectivités territoriales, des services et acteurs de santé ou du milieu associatif. Au regard de cette complexité, les personnels formulent des interrogations sur le positionnement institutionnel de la médecine scolaire.

I - Compétences ministérielles et déconcentrées

L'organisation de la médecine scolaire est déconcentrée à l'échelon des académies, et plus encore à celui des inspections académiques. Le projet annuel de performance du ministère de l'éducation nationale indique ainsi que la mise en œuvre de la médecine scolaire « *est fortement déconcentrée au niveau académique sous l'autorité des recteurs qui peuvent en confier certains segments aux inspecteurs d'académie - directeurs des services départementaux.* ».

A - Compétences de la DGESCO

Au sein du ministère de l'éducation nationale, la DGESCO :

- est chargée d'impulser et d'évaluer la médecine scolaire, en tant que responsable du programme « vie de l'élève » ;
- assure l'animation du réseau des conseillers techniques auprès des recteurs ;
- définit des axes stratégiques au plan national et les assortit d'objectifs et d'indicateurs de résultats ;
- définit le cadre des rapports annuels médicaux et infirmiers et les modalités du recueil des données statistiques ;
- élabore le protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement.

Toutes ces missions reposent sur le bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité qui, comme l'indique son intitulé, n'est pas exclusivement consacré à la médecine scolaire.

Les conseillers techniques placés auprès de la DGESCO sont chargés de l'animation de leur réseau. Celle-ci se traduit notamment par la transmission régulière d'informations, par des réponses aux diverses sollicitations et par des interventions lors de réunions techniques, à la demande des académies. Interrogée sur le fonctionnement de ce réseau lors de son audition par la Cour, la DGESCO a estimé qu'il fonctionne bien en assurant une diffusion aisée des grandes orientations en matière de médecine scolaire

B - Compétences des services déconcentrés

La circulaire de 2001 relative à la mission générale de promotion de la santé indique qu'« *il appartient à chaque recteur de définir les objectifs et les modalités de mise en œuvre de la politique de santé de son académie, en tenant compte des axes définis au niveau national et du contexte local. À cette fin, il se dote des indicateurs nécessaires au diagnostic, à l'élaboration, à la mise en œuvre, à l'évaluation et à la réorientation éventuelle de sa politique* ».

A l'échelon des académies et des départements, les fonctions de régulation et d'animation reposent sur les médecins et les infirmiers conseillers techniques. La circulaire précitée précise notamment que les conseillers techniques auprès des recteurs « *sont étroitement associés aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les*

personnes en situation de précarité ». Ceux situés auprès des inspecteurs d'académie jouent également un rôle moteur dans l'organisation et l'animation de la médecine scolaire : « *Le médecin et l'infirmier conseillers techniques responsables départementaux auprès de l'inspecteur d'académie assurent la coordination et l'encadrement techniques des médecins et des infirmiers du département. (...) Les conseillers techniques cadrent les partenariats qui doivent se nouer de manière privilégiée au niveau départemental avec les collectivités locales, les organismes de sécurité sociale, les associations et les autres services de l'État. (...) Les conseillers techniques participent aux groupes de travail départementaux mis en place par le préfet dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité* ».

Ce rôle central des conseillers techniques est clairement apparu en cours d'enquête. Dans l'académie de Lyon, « *le médecin conseiller technique du recteur est maître d'œuvre en matière de pilotage académique et réunit au minimum trois fois par an les médecins conseillers techniques départementaux.* » ; « *chaque médecin et infirmier des services départementaux organise des réunions des médecins de l'éducation nationale, des secrétaires médico-scolaires et d'infirmiers* » ; « *au niveau académique, l'infirmier conseiller technique du recteur assure une animation du réseau des infirmiers conseillers techniques des inspecteurs d'académie, coordonne le comité technique académique des CESC accompagnée d'un inspecteur d'académie – inspecteur pédagogique régional.* ». Le recteur a signalé que « *ce système donne toute satisfaction et relaie correctement les instructions nationales et académiques.* »

Dans l'académie de Nantes, le médecin conseiller technique de la Vendée organise une réunion de service par trimestre, analyse les rapports d'activité et les statistiques de chaque médecin, participe aux formations initiales et continues des enseignants du premier degré et participe aux réunions de bassins qui regroupent les chefs d'établissement. L'infirmière conseiller technique de Loire-Atlantique est également chargée de l'organisation de l'accueil des nouveaux infirmiers.

Ces missions d'impulsion et d'animation se retrouvent dans les différentes académies examinées par la Cour. Elles se traduisent notamment par la mise en place de réunions périodiques à l'échelon des inspections académiques mais surtout des « bassins de formation », qui regroupent des écoles et des établissements appartenant à un même ressort géographique.

Toutefois, les auditions de la Cour ont montré que, si ce dispositif est perçu de façon généralement positive, il se heurte toutefois à un sentiment fréquent d'isolement des personnels, faute de moyens informatiques et de communication adaptés qui permettraient notamment, à partir des données diffusées sur leurs activités, un échange des bonnes pratiques, mais tout autant sur l'état de santé des jeunes.

II - Compétence des établissements

Les écoles et les établissements du second degré ont des compétences importantes en matière de santé scolaire. Cette dernière peut constituer un volet de leur projet et, s'agissant des établissements du second degré, se traduit par la mise en place d'actions dans le cadre des CESC. Malgré ces prérogatives, les résultats de ces initiatives sont contrastés.

A - Projets d'école et d'établissement

Le rôle de l'infirmière et du médecin scolaire est jugé important pour le bon fonctionnement des établissements et de leurs équipes éducatives, comme l'indiquent par exemple les propos suivants tenus par des directeurs d'école et des chefs d'établissement auditionnés par la Cour.

Tableau n° 13 : Importance de la médecine scolaire dans la vie des écoles et des établissements

Un directeur d'école maternelle de l'académie de Nantes a indiqué : « En maternelle, la partie éducation à la santé est indispensable. (...) Une éducation basique à la santé, nous en faisons tous les jours, mais elle a beaucoup plus de poids lorsqu'elle est faite par une personne ayant titre reconnu. (...) Quand cette personne intervient pour expliquer aux enfants, le lavage des mains, le brossage des dents, il y a un poids qui est beaucoup plus fort que le nôtre. »

Une principale de collège de l'académie de Créteil a pour sa part souligné que « l'infirmière est un relais pour les enseignants qui sont confrontés à des difficultés ».

Une directrice d'école primaire a enfin rappelé qu'« on peut ne bien apprendre que lorsque l'on est en bonne santé ».

Source : auditions de la Cour

La médecine scolaire occupe toutefois une place inégale dans les projets d'écoles et d'établissements. Outre le fait qu'elle ne figure pas forcément explicitement dans tous les projets, on peut relever que, de façon générale, le premier degré paraît donner une place importante au suivi médical des enfants, alors que le second degré est davantage axé sur l'éducation à la santé.

Ces variations s'expliquent certes par l'âge des élèves concernés, mais également par l'absence de disponibilité des personnels de santé pour faire face à l'ensemble de leurs activités. Une école élémentaire de la Loire a souligné ainsi : *« Au sein de l'école, nous nous attachons à appliquer l'ensemble des lois sur la santé des élèves. Malgré l'absence d'objectifs ciblés sur ce domaine dans notre projet d'établissement, nous veillons à ce que les élèves soient protégés dans leur vie scolaire. »* Une autre école élémentaire du même département précise : *« Nous sommes soucieux de l'hygiène et de la santé de nos élèves dans notre action quotidienne, mais aucun axe spécifique concernant la médecine scolaire n'est inclus dans notre projet d'école »* ; *« compte tenu des faibles moyens dont la médecine scolaire dispose - pas de médecin, des infirmiers en nombre insuffisant -, nous nous verrions mal la solliciter pour des actions de sensibilisation ou de prévention pourtant grandement nécessaires dans une école comme la nôtre située en ZEP »*. Dans le Rhône, une école maternelle estime, en sens inverse, que *« la médecine scolaire a une place importante dans l'aide apportée auprès des directeurs et des enseignants, notamment en cas de difficultés scolaires où elle nous apporte un éclairage nécessaire. »*

S'agissant du second degré, un collège de Seine-Saint-Denis mentionne que *« de façon générale, la question de la médecine scolaire ne constitue pas une priorité de l'établissement, l'accent est davantage mis sur l'éducation à la santé »*. Un autre collège du même département admet que, *« dans le projet d'établissement il y a peu de place accordée à la médecine scolaire, il est beaucoup question de l'éducation à la santé abordée dans le cadre du CESC, d'autant que le médecin est peu présent au sein du collège »*. Un proviseur de lycée du Val-de-Marne a indiqué qu'*« après réflexion, je constate que la médecine scolaire a très peu de place formelle dans la stratégie du lycée »* ; *« ce ne peut pas être une priorité car il n'y a pas de personnel disponible à demeure en poste ; (...) c'est l'éducation à la santé et la prévention via le travail du CESC qui est une de nos priorités »* Dans l'académie de Lyon, un collège souligne également que *« la médecine scolaire ne constitue pas en tant que telle un axe du projet d'établissement et de façon générale l'accent est plus mis comme priorité de l'établissement sur l'éducation à la santé. »*

Toutefois, il faut signaler le cas des lycées professionnels où, du fait de la nature des enseignements et de l'obligation qu'ont les médecins de vérifier l'aptitude des élèves au travail sur des machines dangereuses, la question du suivi médical présente une grande acuité. Un lycée du Rhône a ainsi indiqué que « *la question de la médecine est intégrée dans les priorités du lycée. L'accent est mis autant sur le suivi médical des élèves que sur l'éducation à la santé et ce sont deux volets du service médical scolaire.* » De même, un autre lycée du même département a mentionné que « *la médecine scolaire s'occupe obligatoirement des élèves du secteur industriel qui travaillent sur des machines dangereuses (...). La question de la santé et de la prévention des conduites à risque est importante au lycée dans le cadre de notre projet éducatif.* ».

B - Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté

Composés des personnels d'éducation, sociaux et de santé de l'établissement, ainsi que de représentants des personnels enseignants, des parents, des élèves, de la commune et de la collectivité de rattachement, les **comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) constituent l'outil institutionnel des établissements du second degré pour sensibiliser les élèves aux questions de santé.**

La circulaire du 30 novembre 2006 prise en application de la loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école de 2005 définit les missions de ces comités dans les termes suivants : « *Le CESC contribue à l'éducation à la citoyenneté ; prépare le plan de prévention de la violence ; propose des actions pour aider les parents en difficultés et lutter contre l'exclusion ; définit un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risque. Le CESC constitue pour ces missions une instance de réflexion, d'observation et de veille qui conçoit, met en œuvre et évalue un projet éducatif en matière de prévention, d'éducation à la citoyenneté et à la santé, intégré au projet d'établissement. Cette démarche globale et fédératrice permet de donner plus de cohérence et de lisibilité à la politique de l'établissement.* »

La méthodologie retenue consiste, à partir d'un diagnostic des besoins des élèves et des informations obtenues auprès des parents, des personnels de l'établissement et des partenaires extérieurs, à définir des objectifs et à faire établir par le CESC un programme d'actions. Il existe, par ailleurs, des dispositifs académiques pour impulser les travaux des CESC, comme dans l'académie de Lyon, où un groupe technique académique des CESC est piloté par un inspecteur pédagogique régional de la vie scolaire et l'infirmière conseillère technique du recteur.

L'enquête a montré que, si la majorité des établissements ont mis en place un CESC, le **contenu de son programme d'action est inégal**. L'inspection académique de la Mayenne indique ainsi que, si 100% des établissements du département sont pourvus, « *il y a une différence importante entre le fait que le CESC existe et ce qui s'y passe réellement* ».

On peut également relever des disparités entre établissements. Dans le Val-de-Marne, 100% des collèges en éducation prioritaire ont un CESC, contre 91% dans les collèges situés hors éducation prioritaire. Dans certains cas, le CESC n'a pas été formalisé, comme dans un collège de Seine-Saint-Denis : « *Le collège n'a pas réellement formalisé un CESC, mais il met en place des actions qui rentrent dans le cadre du CESC. Toutes les actions mises en place telles que l'éducation à la sexualité, la lutte contre la toxicomanie ou encore les dangers de l'alcool, etc. sont présentées comme étant mis en place dans le cadre du CESC.* » Un lycée du même département a signalé qu'il « *est doté d'un CESC mais les procédures sont mal formalisées ; en particulier, l'histoire du CESC n'est pas tracée puisqu'aucun procès-verbal n'a été rédigé sur les dernières cinq années.* » L'inspection académique de Loire-Atlantique constate, dans son bilan pour l'année 2009-2010 de l'activité des CESC, que « *tous les établissements ont un CESC notifié et créé mais des chefs d'établissements ne l'activent pas pour mettre en œuvre la politique de prévention dans ce cadre institutionnalisé. Les actions de santé et citoyennes ne sont pas intégrées dans cette instance. Pour autant, 64,8% des EPLE ont un CESC actif* »

Par ailleurs, faute de disponibilité, **les médecins interviennent de moins en moins au sein des CESC dont l'animation est généralement assurée par les infirmiers**. Un collège de Seine-Saint-Denis souligne que « *l'accent est mis sur l'éducation à la santé : cette mission est animée par l'infirmier et l'assistante sociale. (...). Le médecin de l'éducation nationale a depuis quelques années à assurer le suivi des élèves de trois autres collèges de la ville ainsi que toutes les écoles maternelles et primaires de cette même ville. Cet état de fait ne laisse que peu de disponibilité à celui-ci pour s'impliquer dans le travail d'éducation à la santé.* »

Les établissements soulignent également **des difficultés pour intégrer l'ensemble de la communauté éducative dans la démarche des CESC**. Un lycée de Seine-Saint-Denis estime que « *malgré les bonnes volontés et le professionnalisme de chacun, force est de constater que les liens tissés entre chacun sont tenus et souvent fragiles : la mission d'éducation ne peut se faire uniquement avec le concours des personnels de santé. Or, la méconnaissance des sujets, le manque d'intérêt, la*

pression du temps amènent les équipes pédagogiques à négliger cette part de formation. Peut-être est-il souhaitable de mieux préparer les équipes d'encadrement (direction d'EPLÉ et corps d'inspection) à la conduite des projets santé et donc à construire un diagnostic initial qui permettrait tout à la fois de fédérer les intelligences, de travailler en transversalité les thèmes choisis, de mieux les intégrer aux séquences de cours et donc de faire de cette formation un élément normal de la formation de l'élève. Et enfin d'évaluer les actions. » Les infirmiers rencontrés en cours d'enquête ont signalé le cas des personnels ATOS qui, du fait du transfert de leur gestion aux conseils généraux, ne participent généralement plus aux CESC, alors que, par exemple, des questions de diététique pourraient être débattues avec les cuisiniers pour améliorer la qualité des repas. Enfin, malgré les invitations qui leur sont adressées, les parents d'élèves ne prennent part que rarement aux actions des CESC.

Selon les personnels rencontrés durant l'enquête, les difficultés de fonctionnement des CESC découlent de l'absence de temps institutionnel consacré à leurs travaux. Selon certains infirmiers, il faudrait rendre obligatoire la participation des enseignants aux CESC, en dehors du service devant élèves. Il faudrait également fixer des plages horaires, comme l'a fait observer un lycée de l'Ain : *« la plus grande difficulté pour mettre en lien la médecine scolaire et la scolarité dans le parcours des élèves (suivi, évaluation, orientation) est de trouver du temps pour l'ensemble des protagonistes. Il serait souhaitable d'instaurer un temps institutionnel pour favoriser ce lien indispensable pour la réussite des élèves. »* Une fédération de parents d'élèves a également regretté, lors de son audition à la Cour, que les séances des CESC soient organisées à des horaires qui sont généralement incompatibles avec les contraintes professionnelles des familles.

En d'autres termes, si les CESC paraissent constituer un outil important pour développer des démarches d'éducation à la santé et pour inscrire ces dernières dans la vie des établissements, il reste à conforter leur place en veillant à une plus grande formalisation et institutionnalisation de leurs travaux. La Cour note qu'un des enjeux est que, par delà les initiatives des établissements, un travail de pilotage, de coordination et d'animation soit impulsé aux échelons académiques et départementaux afin de définir des priorités et ainsi éviter un risque de dispersion des projets mis en œuvre par les établissements.

III - Organisation des services de santé

Dans leur exercice quotidien, les professionnels de la santé scolaire estiment qu'il leur est de moins en moins possible de mettre en œuvre toutes les activités qui leur sont demandées. La multiplication de nouvelles tâches et le temps accru consacré aux élèves présentant des troubles spécifiques expliquent ainsi les évolutions des activités respectives des médecins et des infirmiers de l'éducation nationale.

A - Lieux d'exercice

L'affectation et la sectorisation des personnels de santé sont décidées par le recteur :

- les médecins qui sont administrativement rattachés à l'inspection académique, exercent en secteur, sans affectation dans un établissement. Ils peuvent intervenir dans les établissements privés sous contrat ;
- les infirmiers sont soit rattachés administrativement à l'inspection académique et exercent en secteur, soit affectés dans un établissement du second degré en internat ou en externat. Ils peuvent être affectés dans un établissement pour la totalité de leur service ou bien en « postes mixtes » : ils sont alors affectés dans un collège, tout en consacrant une partie de leur temps de travail aux écoles du secteur de recrutement de ce collège. A la différence des médecins, ils n'interviennent pas dans les établissements privés sous contrat (*Cf. supra*).

La définition des secteurs par les conseillers techniques constitue un exercice délicat car elle détermine le nombre d'élèves par médecin et conditionne ainsi les activités de ces derniers en fonction de leurs charges de travail. Du fait des vacances de postes, elle oblige à définir des zones prioritaires et, à l'inverse, des zones où seules les urgences sont prises en charge. Elle peut également jouer un rôle important dans le suivi des élèves. Un collège de Vendée a souligné par exemple que son infirmière, dont le service est de 2,5 jours en son sein et de 1,5 jour dans le secteur du premier degré, connaît de ce fait déjà la plupart des élèves entrant au collège.

Il reste que cette organisation par secteurs constitue un facteur de rigidité, de cloisonnement des activités et d'inégalité dans l'offre territoriale de la médecine scolaire. C'est pourquoi, lors de son audition par la Cour, une fédération de parents d'élèves s'est déclarée favorable à la création d'équipes mobiles de santé scolaire

qui pourraient se déplacer sur une zone donnée et ainsi répondre aux besoins évolutifs des établissements et de leurs élèves. Selon cette analyse, une telle organisation pourrait inciter à un travail plus étroit entre les médecins, les infirmiers, mais également les assistantes sociales. Une telle piste ne paraît toutefois pas rencontrer un accueil positif de la part des personnels auditionnés par la Cour, ces derniers se déclarant généralement attachés à l'organisation actuelle et soulignant notamment l'importance de la présence des infirmiers dans les établissements.

B - Organisation des activités

Les médecins de l'éducation nationale partagent leur service entre des visites obligatoires concernant tous les élèves et des actions spécifiques auprès de ceux nécessitant un suivi spécifique.

Les visites obligatoires portent sur les bilans de santé avec :

- la **visite obligatoire au cours de la sixième année** qui est organisée en grande section de l'école maternelle. Elle se déroule à l'école ou au CMS en présence des parents. L'entretien avec ceux-ci permet d'évoquer l'histoire de l'enfant, sa vie quotidienne, ainsi que leurs préoccupations ou leurs interrogations. La visite comporte un bilan de santé (poids, taille, auscultation...), un dépistage des fonctions sensorielles (vue et audition), des fonctions cognitives (par des tests spécifiques et étalonnés) et du langage. Les vaccinations sont également vérifiées. Environ 50 minutes sont nécessaires à la réalisation de ce bilan ;
- le **bilan de santé des élèves de classe de troisième**⁹ : le médecin de l'éducation nationale mène, en plus d'un examen clinique, un dialogue autour des projets de vie de l'adolescent. Cette visite est réalisée avec l'accord des parents, mais hors de leur présence. Elle peut permettre de repérer des signes de mal-être ou de renseigner sur la compatibilité d'une orientation professionnelle pour un adolescent présentant un trouble de santé. Une organisation de parents d'élèves interrogée par la Cour a souhaité que toutes ces visites soient systématiquement effectuées en présence des parents, à des heures compatibles avec leurs horaires professionnels ;

⁹ Les informations du ministère de l'éducation nationale sur la médecine scolaire ne donnent pas de descriptions comparables du contenu des visites médicales prévues aux âges de 9 et de 12 ans.

- **la visite d'aptitude au travail en atelier dans les lycées professionnels** : elle est obligatoire pour permettre aux élèves mineurs de travailler en situation professionnelle sur des machines dangereuses. Cette notion est prise dans une acception assez large puisqu'elle comprend l'usage d'outillages dangereux, mais également le contact avec des matières qui peuvent avoir un impact sur la santé.

Les actions spécifiques portent sur :

- le suivi des élèves porteurs d'une pathologie chronique : un **projet d'accueil individualisé (PAI)** est réalisé à la demande des familles. C'est un document consensuel dont le but est de faciliter la vie scolaire quotidienne, à partir des besoins thérapeutiques définis par le médecin qui suit l'enfant (soins à suivre, protocole d'action en cas d'urgence...);
- lors d'**événements graves survenant dans la communauté scolaire**, le médecin de l'éducation nationale assure une assistance aux victimes ou témoins de faits traumatisants concernant un élève ou un groupe d'élèves. Il contribue aux cellules d'écoute et de crise ;
- en cas de **maladies transmissibles** survenant en milieu scolaire : le médecin travaille notamment avec les services hospitaliers pour la mise en place des mesures de prophylaxie individuelles ou collectives ;
- l'intervention en urgence auprès **d'enfants ou d'adolescents en danger, victimes de maltraitance ou de sévices sexuels** ;
- le suivi des élèves dépistés lors des bilans de santé ou rencontrés dans le cadre d'**examens à la demande des familles ou des membres de la communauté éducative** ;
- la participation à l'organisation de l'assistance pédagogique à domicile (APAD) qui permet à l'élève qui ne peut, compte tenu de son état de santé, être accueilli dans son établissement scolaire, de poursuivre les apprentissages scolaires (maladies de longue durée) ;
- l'intégration des élèves handicapés qui se traduit pour le médecin par diverses activités dans le cadre du **projet personnalisé de scolarisation (PPS)**: prise de connaissance de la situation de l'enfant avec la famille ; lien avec le médecin traitant, la PMI, les différentes personnes qui suivent l'enfant ; rencontre avec les intervenants de l'établissement ; orientation éventuelle vers les services hospitaliers en vue d'un diagnostic médical, voire d'une prise en charge thérapeutique ;

participation aux réunions d'équipe éducative (REE) consacrées au suivi de la scolarisation (trois réunions sont obligatoires chaque année) ; élaboration d'un compte rendu médical adressé au médecin de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Enfin, les médecins de l'éducation nationale peuvent participer aux équipes techniques des MDPH. En ce qui concerne la place des professionnels de la santé scolaire dans ce dispositif, la DGESCO a précisé que des réflexions sont en cours dans le cadre d'une proposition de loi qui visera notamment à préciser le rôle respectif des différents acteurs de la prise en charge du handicap : si la loi de 2005 relative au handicap ne précise pas explicitement le rôle des médecins de l'éducation nationale, ces derniers sont de plus en plus fortement mobilisés par la constitution des dossiers présentés aux MDPH.

Pour l'ensemble de ces activités, le médecin de l'éducation nationale établit le compte-rendu de chaque examen de santé sur le dossier médical de l'élève. Ce dossier relève du secret médical. Les parents ou tuteurs de l'élève peuvent demander à en avoir connaissance en prenant rendez-vous avec le médecin de l'éducation nationale ou en demandant à ce que son contenu soit communiqué au médecin traitant.

Enfin, les infirmiers de l'éducation nationale jouent un rôle de suivi, de soins et d'écoute des élèves, d'aide et de participation aux activités des médecins, mais aussi de promotion et de mise en œuvre des actions de prévention, en jouant généralement un rôle central dans le fonctionnement des CESC et la mise en œuvre des projets d'éducation à la santé.

L'accomplissement et la répartition de ces tâches appellent les observations suivantes.

- Absence de liens hiérarchiques et procédures d'évaluation

A la différence des services hospitaliers, il n'existe pas de lien hiérarchique entre les médecins et les infirmiers de l'éducation nationale, ces derniers étant placés sous l'autorité des chefs d'établissement. Lorsqu'un infirmier est affecté dans plusieurs établissements d'enseignement du second degré, l'un d'entre eux est désigné comme « établissement affectataire ». Interrogée sur cette organisation, la DGESCO a signalé qu'« *il n'est pas actuellement envisagé de soumettre les infirmiers de l'éducation nationale à l'autorité hiérarchique des médecins.* » Elle a, en outre, précisé que « *cette organisation découle de la mission de l'éducation nationale en matière de santé des élèves qui est avant tout du domaine de la prévention et non du soin.* »

Cette configuration spécifique peut poser des problèmes en matière d'évaluation des activités des infirmiers. En effet, cette procédure incombe aux chefs d'établissement qui n'ont pas de compétences pour juger de la qualité des soins infirmiers. La DGESCO a précisé que, compte tenu de la spécificité des activités des infirmiers, l'appréciation par le chef d'établissement ne doit porter que sur la manière de servir de l'agent et sur ses capacités d'adaptation à l'environnement scolaire : ce n'est que dans certains cas (manquements avérés, procédures disciplinaires...) que des éléments ayant trait à la dispense de soins peuvent être évoqués.

Les infirmiers rencontrés en cours d'enquête ont souligné que cette procédure d'évaluation est inadéquate, car elle ne permet pas d'apprécier leur « rôle propre », c'est-à-dire l'exécution d'actes infirmiers au bénéfice des élèves. Selon eux, il faudrait organiser un dispositif d'évaluation analogue à celui des enseignants, avec une note administrative donnée par le chef d'établissement, et une note concernant leurs activités sanitaires auprès des élèves.

Il convient enfin de noter que, pour les médecins de l'éducation nationale placés sous l'autorité des inspecteurs d'académie, **il n'existe pas d'inspection institutionnalisée qui vérifierait notamment les actes médicaux prodigués**, mais seulement des entretiens individuels organisés par les conseillers techniques.

- Evolution du partage des activités

Par rapport aux tâches énoncées par les circulaires de 2001, tant les infirmiers que les médecins rencontrés en cours d'enquête estiment que leur métier a profondément changé au cours des cinq ou six dernières années.

De nombreux médecins constatent qu'ils voient essentiellement des enfants malades avec un temps de consultation croissant par individu, du fait de la multiplication des PAI, du suivi des élèves handicapés, des certificats à établir pour l'utilisation des machines dangereuses et des procédures liées à la protection de l'enfance en danger. Absorbés par des cas spécifiques de plus en plus nombreux et difficiles, ils estiment avoir perdu en visibilité dans les établissements où, à la différence des infirmiers, ils n'ont pas d'implantation physique stable, cette situation engendrant des difficultés pour un travail commun entre les deux catégories d'agents. Ils ont également signalé, pour ceux d'entre eux exerçant dans des zones très défavorisées, qu'ils constituent les seuls interlocuteurs médicaux de certaines familles.

Les directeurs d'école et chefs d'établissement auditionnés par la Cour ont formulé les mêmes constats, telle une directrice d'école primaire de l'académie de Créteil qui ne parvient à rencontrer son médecin scolaire que quatre à cinq fois par an. Les médecins ont aussi un sentiment de saupoudrage de leurs activités, avec des bilans médicaux obligatoires qui occupent une place décroissante. Ils expliquent enfin qu'ils n'ont plus le temps de prendre part aux projets de prévention collective auprès des élèves, les infirmiers ayant quasiment totalement repris la main dans ce domaine. Selon l'inspection académique du Maine-et-Loire, « *le tournant s'est produit vers les années 2000-2005 avec l'augmentation progressive des PAI, du temps consacré aux élèves en situation de handicap ou à l'intervention dans des situations de plus en plus complexes nécessitant beaucoup de coordination avec les autres professionnels* ». De même, un médecin de l'académie de Lyon a indiqué qu'il pouvait auparavant effectuer dix bilans médicaux par jour, contre moins de six aujourd'hui : il consacre au moins deux heures pour chaque élève handicapé ; l'activité la plus délicate et chronophage est le traitement de l'enfance à danger où chaque dossier peut mobiliser plusieurs demi-journées.

L'évolution des activités des médecins explique **le rôle croissant des infirmiers dans les visites des élèves**. Une note de l'académie de Créteil visant à organiser le service des médecins en 2008-2009 indique ainsi : « *Les circulaires sur la promotion de la santé ne hiérarchisent pas les tâches des médecins. Toutefois, il apparaît un certain nombre de tâches où ceux-ci sont indispensables tandis que pour d'autres tâches, ils peuvent être aidés ou suppléés par les infirmiers.* » Cette académie a organisé, à la place des bilans effectués par les médecins, un dépistage infirmier pour les élèves de grande section de maternelle. Cette procédure n'est pas conforme à la législation : toutefois, elle permet de repérer, parmi les élèves examinés, ceux qui nécessiteront un bilan de la part du médecin de l'éducation nationale.

L'inspection académique de Seine-et-Marne a indiqué à ce titre que « *dès le début de l'année scolaire, les médecins doivent être alertés sur la situation d'enfants de grande section repérés comme ayant des éléments de vulnérabilité particuliers par l'enseignant ou les équipes de PMI. Ces enfants bénéficient alors très rapidement d'une visite médicale, en présence des parents. A l'issue de cette consultation approfondie, le médecin émet des préconisations, dont les mises en œuvre sont suivies par les secrétaires. Tous les autres enfants de grande section bénéficient d'un dépistage infirmier approfondi comprenant, entre autres un dépistage précoce des troubles des apprentissages. A l'issue de ces dépistages, des synthèses sont réalisées entre l'infirmier et le médecin, afin que ce dernier réalise des visites médicales auprès des enfants repérés comme ayant des difficultés de santé probables.* »

La même organisation a été mise en place pour les autres visites médicales fixées par les textes, l'inspection académique ayant indiqué qu'« un second dépistage est réalisé pour les classes de CM2, soit vers la dixième année. Le dépistage concerne toute la classe d'âge avant l'entrée au collège et au tout début de la puberté. Ce dépistage doit permettre, entre autres, de dégager des problématiques de santé publique et d'y répondre par des actions de prévention. Le troisième dépistage systématique concerne les élèves de cinquième soit dans la douzième année. Ce dépistage permet de repérer les élèves ayant des problèmes spécifiques (santé, comportement) pouvant avoir des répercussions sur l'orientation future. (...) Les dépistages infirmiers peuvent être suivis d'un examen médical suite à la synthèse réalisée avec le médecin. »

Ce partage des activités entre médecins et infirmiers se retrouve peu ou prou dans d'autres académies. Un lycée professionnel de la Mayenne a indiqué que « l'effectif des médecins étant très réduit dans le département, le rôle de la médecine scolaire consiste dans l'intervention de l'infirmier qui saisit le médecin secondaire si besoin ». Dès lors, les obligations législatives en matière de bilans médicaux ne peuvent pas être remplies, comme l'a précisé l'inspection académique du Maine-et-Loire « A 15 ans, tous les élèves de troisième malades et/ou handicapés, et ceux orientés vers des filières spécifiques sont vus en visite d'orientation professionnelle, et les autres seulement en fonction des possibilités. Pour les autres enfants, ils ne sont vus par le médecin au cours de leurs neuvième et douzième années que s'ils sont signalés par les enseignants, les infirmiers, d'autres partenaires ou à la demande des familles. »

Ces évolutions des pratiques médicales et infirmières donnent parfois, selon les interlocuteurs de la Cour, le sentiment d'une confusion des rôles. Un collège du Rhône souligne ainsi que « le médecin (une demi-journée par mois) ne peut gérer que les urgences et les visites obligatoires. Il reste à repenser le rôle du médecin de l'éducation nationale dont la charge est telle qu'ils ont l'impression de travailler à la chaîne et qu'ils abandonnent souvent l'éducation nationale dès qu'ils le peuvent ». Un lycée du même département estime qu'« une présence plus importante du médecin de l'éducation nationale serait souhaitable afin d'assurer un suivi plus important et plus rapide des problèmes médicaux des élèves et avoir les moyens de participer aux réunions de prévention ». Un lycée du Val-de-Marne indique qu'« il faudrait que le médecin de l'éducation nationale soit présent au moins une journée dans le lycée pour pouvoir connaître, apprécier les situations d'élèves, être lui-même identifié et participer au quotidien de la vie du lycée. Son passage est plutôt d'urgence, très ponctuel en cas d'incident ou de réunion programmée d'équipe éducative Il serait nécessaire que le médecin de l'éducation nationale puisse participer au projet

d'orientation par son expertise ; il y a des erreurs du fait d'inaptitude médicale non décelée. »

Les infirmières auditionnées par la Cour ont également souligné que, s'il est envisageable de déléguer aux infirmiers certaines tâches habituellement réservées aux médecins, cette démarche doit se faire dans un cadre normé, comme celui des « pratiques avancées ». Interrogée sur ce point, la DSGESCO a précisé à la Cour que *« le renforcement de la dimension médicale dans les activités des infirmiers ne peut se faire que dans un cadre légal, organisé par le ministère en charge de la santé. A ce titre, la loi de santé publique du 9 août 2004 (article 131) autorise le ministère chargé de la santé à déroger par arrêté ministériel aux lois et décrets régissant les conditions légales d'exercice des médecins et des auxiliaires médicaux, rendant ainsi possible des expérimentations de coopération entre professionnels de santé et transfert de compétence. Un travail exploratoire pourrait être engagé dans ce sens entre les deux ministères. Deux sujets peuvent d'ores et déjà être abordés : la possibilité pour les infirmiers de délivrer un pass contraception (région Ile-de-France, Poitou-Charentes), décret en attente du ministère de la santé pour le renouvellement de la contraception par les infirmiers »*. Lors de son audition par la Cour, la DGESCO a complété son analyse en soulignant le caractère assez paradoxal des réticences des infirmiers à prendre en charge des activités plus directement médicales, ce qui pourrait, au contraire, être perçu comme une valorisation de leurs responsabilités.

La prise en charge des actions de prévention par les infirmiers rencontre également des limites. Le plan de création de postes d'infirmier a certes permis de mieux assurer une présence continue dans un ou plusieurs établissements. Mais, selon certains infirmiers rencontrés en cours d'enquête, ce processus a induit un « enfermement » dans la vie de l'établissement. Le rapport d'activité infirmier pour 2008-2009 du Val-de-Marne indique ainsi qu'*« un certain nombre de collègues font état de difficultés liées aux très nombreux passages dans leurs infirmeries. La gestion de la demande des élèves prend alors une telle place dans leur exercice professionnel que d'autres missions et notamment l'éducation à la santé deviennent impossibles à mener »*. L'inspection académique de Seine-et-Marne a également indiqué que *« les demandes des établissements et leurs priorités ne correspondent pas toujours aux missions des infirmiers. Leur priorité est une présence constante à l'infirmerie qui ne permet pas s'assurer les missions de suivi et de prévention »*.

Cette évolution a **renforcé le rôle des infirmiers en matière d'écoute des élèves**. On recense ainsi environ 30 à 40 passages par jour dans une infirmerie d'un établissement du second degré. Ce n'est que dans certains cas que l'on peut observer un risque d'absentéisme *intra muros* des élèves, à cause de la multiplication des passages à l'infirmerie : le bilan d'activité infirmier 2009-2010 de Loire-Atlantique signale que « *les personnels constatent toujours de nombreux passages injustifiés pendant les cours. Le travail mis en place avec les enseignants et les élèves pour redéfinir la notion d'urgence est toujours d'actualité* ». Les données statistiques donnent toutefois une mesure limitée de ces comportements : au cours de l'année scolaire 2009-2010, l'inspection académie de Loire-Atlantique a recensé 89 231 passages en infirmerie en collège, 31 805 en lycée, et 25 963 en lycée professionnel, dont 68 % pour la mise en œuvre de soins et la délivrance de traitements (dont le NORLEVO qui permet une contraception d'urgence dans les 72 heures suivant un rapport sexuel), 13 % pour les conseils en santé et seulement 7 % pour une écoute et relation d'aide.

En définitive, afin de clarifier les missions respectives des médecins et des infirmiers de l'éducation nationale, la réécriture des circulaires de 2001 pourrait, comme l'a suggéré un médecin de l'académie de Créteil, adopter une démarche de « chaîne du soin ». Cette dernière viserait à mieux identifier, étape par étape, le repérage par les enseignants ou les infirmiers, le dépistage infirmier avec une orientation éventuelle vers le médecin, le diagnostic par le médecin, l'orientation et le suivi des élèves avec trois composantes : les soins en externe, l'accompagnement familial, l'adaptation de la vie scolaire aux besoins de l'élève.

La Cour estime qu'au-delà de la question de la pertinence médicale d'une telle démarche, cette dernière présente l'intérêt d'exiger une remise en cohérence et surtout une plus grande coordination entre les différents acteurs de la médecine scolaire.

IV - Interactions et partenariats

La médecine scolaire doit, si elle entend développer une approche globale des jeunes, s'inscrire dans un réseau de partenariats tant à l'échelon national qu'à celui des territoires. L'organisation de ces partenariats est complexe et induit une multiplication de projets qui varient selon les lieux et l'implication des agents.

A - Niveau national

Une des fonctions de la DGESCO est d'assurer les partenariats avec d'autres ministères : la circulaire de 2001 relative à la promotion de l'éducation à la santé précise que « *des liaisons sont instaurées en tant que de besoin avec les directions concernées des ministères de l'emploi et de la solidarité, de la justice, de la jeunesse et des sports, de l'agriculture et de la pêche et tous autres organismes de recherche compétents en matière d'action sociale, de santé ou d'hygiène et sécurité : institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), institut national de recherche pédagogique (INRP), centre national de recherche scientifique (CNRS), observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), etc., ainsi qu'avec le comité français d'éducation pour la santé (CFES).* »

A cet égard, de très nombreux partenariats ont été mis en place, notamment :

- avec l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé. Une convention cadre de partenariat assortie d'un programme annuel de travail est signée de manière régulière depuis 2005 entre le directeur de l'INPES et le DGESCO, qui est d'ailleurs représenté au conseil d'administration de l'institut. La dernière version de cette convention a été signée en mars 2010 ;
- avec la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), chargée d'animer et de coordonner les actions de l'Etat en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies, en particulier dans les domaines de l'observation, de la recherche, de la prévention, de la prise en charge sanitaire et sociale. Le ministère de l'éducation nationale est engagé avec cette mission dans la mise en œuvre du plan gouvernemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Il est représenté dans le comité de pilotage interministériel et un inspecteur d'académie est détaché en qualité de chargé de mission « prévention » auprès de la mission ;
- dans le cadre du comité de pilotage « Education à la responsabilité face aux risques ». Ce comité a été mis en place à la suite de la publication du décret du 11 janvier 2006 relatif à la sensibilisation à la prévention des risques, aux missions des services de secours, à la formation aux premiers secours et à l'enseignement des règles de sécurité. Mis en place à l'initiative

de l'éducation nationale, il associe, entre autres, les ministères chargés de l'intérieur, de la santé et de l'écologie.

Parmi tous les partenariats, le plus important a été signé le 17 Juillet 2003 entre les ministères de la santé et de l'éducation nationale. Il définit des principes, des axes de politique et un programme de travail décliné en objectifs généraux et opérationnels. Les grands principes qui guident le partenariat sont :

- pour le ministère de la santé : les principes de protection de la jeunesse et de précocité des actions de santé ;
- pour le ministère de l'éducation nationale : les principes de responsabilité, d'apprentissage de l'autonomie et de la citoyenneté ;
- pour les deux, le principe d'égalité des droits et de chances des personnes atteintes de handicap.

Cinq axes de travail ont été déclinés :

- promouvoir la santé et l'éducation à la santé ;
- repérer précocement les problèmes de santé, les facteurs de risque et les troubles des apprentissages et assurer le suivi des élèves ;
- favoriser l'accueil des élèves malades ou handicapés ;
- améliorer les connaissances sur la santé des jeunes et l'éducation à la santé ;
- assurer le développement d'une articulation cohérente entre les différents partenaires au niveau régional.

En fait, ce contrat-cadre avec le ministère de la santé n'a pas fait l'objet d'un renouvellement. Interrogée sur ce point, la DGESCO a indiqué que « *le ministère de l'éducation nationale est partie prenante de nombreuses instances et programmes mis en place par le ministère de la santé ; un représentant de la DGESCO participe au comité national de santé publique ; le ministère de l'éducation nationale est partie prenante dans le cadre du plan VIH-Sida, dans la stratégie de prévention du suicide et santé mentale, ainsi que dans les différents comités techniques (vaccinations, méningite, grippe...).* Il n'a donc pas semblé opportun d'ajouter un nouveau contrat cadre dans la mesure où les différents sujets concernant les deux ministères sont traités dans le cadre d'instances existantes. »

Cette analyse mérite d'être nuancée car, s'agissant, par exemple, du rôle effectivement joué par le comité national de santé publique, les auditions de la Cour ont fait apparaître une très faible emprise sur la détermination des priorités en matière de médecine scolaire.

Par ailleurs, la réponse de la DGESCO reflète l'approche thématique que retient le ministère de l'éducation nationale en matière d'actions de prévention. Toutefois, cette démarche pourrait ne pas apparaître adaptée si, conformément aux attentes des personnels rencontrés durant l'enquête, une reformulation plus générale des missions de la médecine scolaire devait être mise en œuvre. En ce cas, un partenariat renouvelé et global entre les ministères de l'éducation nationale et de la santé devrait, sans nul doute, s'imposer, notamment afin d'opérer des choix plus précis en matière de suivi médical des élèves et, plus globalement, pour renforcer l'approche interministérielle du pilotage de la médecine scolaire.

Les représentants de la DGS rencontrés en cours d'enquête ont souligné l'importance du dépistage réalisé au cours de la sixième année qui se justifie par des facteurs de développement physiologique et psychologique. En effet, ce dispositif permet de détecter des troubles et d'intervenir avant qu'il ne soit trop tard pour leur apporter une solution médicale. Par exemple, le traitement de l'amblyopie ou de strabismes n'est possible que jusqu'à l'âge de sept ou de huit ans. S'agissant des autres visites médicales obligatoires fixées par le code de l'éducation, le ministère de la santé a précisé par écrit à la Cour que « *des réserves sont à apporter en ce qui concerne l'intérêt d'une visite pré pubertaire vers 12 ans* » : toutefois, lors de son audition, le directeur de la DGS a eu une position moins tranchée.

Pour sa part, la DGESCO a indiqué à la Cour « qu'il conviendrait sans doute de réfléchir avec le ministère de la santé à l'opportunité de visites obligatoires systématiques touchant l'ensemble de certaines tranches d'âges déterminées pour lesquelles aucun indicateur de santé ne justifie un tel déploiement. Une modification de l'article 541-1 du code de l'éducation instaurant des visites médicales à 6, 9, 12 et 15 ans serait alors à envisager. »

La DGESCO a précisé, en outre, que « *les ministères chargés de l'éducation nationale et de la santé s'accordent pour considérer que les deux examens pertinents en termes de santé publique se situent lors de la 6^{ème} et de la 12^{ème} année de l'enfant. Une évolution de la loi serait alors nécessaire pour limiter les visites à ces deux âges. Néanmoins, il existe une divergence d'interprétation de l'article 541-1 du code de l'éducation : le ministère en charge de la santé considère que l'expression « visites médicales » utilisée dans cet article doit être*

interprété stricto sensu (visite effectuée par un médecin), alors que l'on pourrait considérer qu'il s'agit d'un bilan de santé conformément à la qualification utilisée au 2^{ème} alinéa de ce même article. Cette interprétation favoriserait la mise en place de stratégies de travail d'équipe entre médecins et infirmiers, permettant le recours au dépistage infirmier ».

La DGESCO a également indiqué que « *la possibilité est ouverte, dans le 2^{ème} alinéa de l'article 541-1, aux parents, de faire effectuer sans contribution pécuniaire de leur part, la visite par un professionnel de santé de leur choix. On se heurte alors au coût de la prise en charge du « reste à payer » pour les familles par les organismes de sécurité sociale. Le ministère chargé de la santé étant par ailleurs très attentif à la diminution des demandes systématiques de certificats médicaux, cela pose le problème de la délivrance du certificat médical lors que la visite est réalisée dans un contexte extérieur à l'éducation nationale* ». Interrogée sur ce point lors de son audition à la Cour, la DGS a signalé toutefois que les visites médicales concernées figurent parmi les 20 examens obligatoires qui ne font pas l'objet d'un ticket modérateur.

La Cour s'étonne de tous ces points de divergence entre les ministères de l'éducation nationale et de la santé et souligne qu'ils doivent être impérativement surmontés, étant donné qu'ils portent sur des dimensions essentielles du suivi médical de la santé des élèves. En d'autres termes, la Cour constate les importants efforts de coordination interministérielle qui restent à faire pour clarifier les objectifs de la médecine scolaire, par-delà les approches sensiblement différentes des deux ministères concernés.

B - Niveaux académiques et départementaux

L'enquête a fait apparaître de multiples partenariats au niveau académique et local qui, selon les cas, sont plus ou moins aboutis et formalisés dans le cadre de réseaux.

De nombreux partenariats présentent une dimension institutionnelle, le but étant de préciser les responsabilités des différents intervenants en matière de santé des jeunes. Par exemple, l'académie de Lyon estime qu'elle a développé « *des relations de travail solides avec les principaux partenaires en matière de santé scolaire qui en ont une perception tout à fait positive. Des liens étroits se sont construits entre les services départementaux et les délégations territoriales de l'Agence Régionale de Santé (DT-ARS), notamment sur la gestion des maladies infectieuses. Les préfetures sont également des partenaires privilégiés avec notamment la gestion de la campagne de vaccination contre la*

grippe A/H1N1. Les trois conseils généraux (services protection maternelle et infantile) travaillent avec les services départementaux de l'académie notamment sur le protocole départemental de protection de l'enfance. Les services départementaux de l'Ain et du Rhône participent aux équipes des maisons départementales du handicap (MDPH). Le service départemental du Rhône participe également au travail mené par la cellule d'urgence médicopsychologique (CUMPS) pour la gestion des événements traumatiques. »

Ces partenariats entre institutions se retrouvent également à l'échelon des départements, plusieurs inspections académiques rencontrées pendant l'enquête ayant signé des conventions avec les conseils généraux pour la protection de l'enfance ou avec les communes pour la gestion des centres médico-scolaires. Un partenariat a par exemple été mis en place entre les médecins de l'éducation nationale et le médecin de la PMI du département de Vendée : ce dernier réalise le bilan des enfants de trois-quatre ans dans certaines écoles et transmet leur dossier médical aux médecins de l'éducation nationale, comme le prévoit, au demeurant, l'article L2112-5 du code de la santé publique. L'inspection académique de Loire-Atlantique collabore également avec le conseil général dans le cadre d'une cellule de veille de l'enfance en danger, notamment avec l'adoption d'un document unique de signalement. Dans la Sarthe, on peut citer la convention entre l'inspection académique et le centre hospitalier du Mans pour l'organisation des urgences dans les établissements scolaires et le transport d'élèves malades ou blessés vers une structure de soins. Cette même démarche se retrouve dans l'académie de Lyon avec la rédaction collective de protocoles d'actions en cas d'épidémie (méningite, tuberculose, rougeole).

D'autres partenariats sont liés aux projets dans le domaine de la promotion de la santé. Ainsi, les services de santé scolaire de la Loire participent à différents comités de pilotage : mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), caisse primaire d'assurance maladie (hygiène buccodentaire), « Education Santé Loire », « Atelier Santé Ville de Saint Etienne » ... En partenariat avec l'inspection académique du Val-de-Marne, le conseil général anime depuis 2001 un programme « Nutrition Santé Adolescence » qui promeut la santé nutritionnelle des adolescents, en particulier celle des collégiens.

Le caractère foisonnant de ces partenariats témoigne certes du dynamisme des professionnels de la santé scolaire, mais il est difficile d'en apprécier la cohérence d'ensemble. A titre d'exemple, les modes de travail et d'échanges d'informations entre médecins scolaires et médecins traitants sont très variables et dépendent essentiellement des relations personnelles qui ont pu être progressivement nouées.

Les médecins de l'éducation nationale auditionnés par la Cour ont notamment souligné combien le courrier électronique est devenu un outil central pour leur travail en réseau avec leurs confrères du secteur médical. Il reste que ces liens professionnels reposent sur la bonne volonté des personnes et sont donc fragiles. A ce titre, une école de Seine-Saint-Denis a souligné que « *les modalités de travail ne sont pas normées. Les contacts se développent autour d'une situation particulière soit en direction de la PMI, l'aide sociale à l'enfance, la médecine générale ou pédiatrique de ville ou les services hospitaliers de pédiatrie selon la situation de l'enfant scolarisé* », alors qu'il faudrait « *renforcer et rendre cohérent le partenariat PMI - protection de l'enfance - médecine scolaire dans le parcours de l'élève* », ces observations conduisant à poser la question du positionnement institutionnel de la médecine scolaire.

V - Positionnement de la médecine scolaire

Comme le montre l'évolution historique de la médecine scolaire, la question de son positionnement est récurrente. Elle peut être formulée dans les termes suivants : faut-il considérer la médecine scolaire comme une prérogative de l'Etat ou faut-il en faire une responsabilité des collectivités territoriales ? Si la médecine scolaire constitue un service de l'Etat, doit-elle relever du ministère de l'éducation nationale ou bien de celui chargé de la santé ? Enfin, quelle est la place de la médecine scolaire par rapport à la médecine en général ?

A - Positionnement institutionnel

Le choix qui a été fait en France d'une médecine relevant de l'Etat et intégrée au ministère de l'éducation nationale ne se retrouve pas dans d'autres pays. 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, comme le montre l'encadré suivant, des responsabilités importantes sont exercées par les *Länder* allemands.

Tableau n° 14 : L'organisation de la médecine scolaire en Allemagne

En raison du fédéralisme allemand, la médecine scolaire dépend en partie du niveau fédéral (Bund) mais surtout des ministères de la Santé des *Länder*.

Le Bureau fédéral de sensibilisation aux questions de santé du ministère fédéral de la Santé (*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*) est l'organe institutionnel de prévention au niveau national. Il est notamment chargé de l'information en matière de prévention et de santé et détermine des objectifs et stratégies concernant les contenus et les méthodes d'éducation en matière de santé.

Sur la base de directives nationales, la médecine scolaire relève des bureaux en charge de la santé publique des *Länder* (*Gesundheitsämter*). La médecine scolaire est gérée, au sein du ministère de la Santé de chaque *Land*, par le Service de santé publique (*öffentlicher Gesundheitsdienst*) dont la politique est mise en œuvre par les bureaux en charge de la santé publique (*Gesundheitsämter*) au niveau communal ou préfectoral (*Landrat*). Au sein de ces bureaux, le Service de santé pour les enfants et les jeunes (*Kinder- und Jugendgesundheitsdienst*) est en charge de la médecine scolaire.

Source : Ambassade de France en Allemagne

Au Royaume-Uni, la gestion de la médecine scolaire est une responsabilité locale, l'équivalent du ministère de la santé se limitant à formuler des recommandations et des objectifs.

Tableau n° 15 : L'organisation de la médecine scolaire au Royaume-Uni

Le « *Department of Health* » a publié des recommandations et des objectifs nationaux mais la médecine scolaire est gérée au niveau local (« borough », « local authority »).

L'objectif recommandé est d'avoir au moins une infirmière scolaire (« *school nurse* ») pour chaque établissement secondaire et les établissements primaires qui en dépendent.

Dans chaque localité, les *Primary Care Trusts* (PCTs) doivent mandater un service de santé local (« *local service provider* ») pour que celui-ci recrute les « school nurses ».

Source : Ambassade de France au Royaume-Uni

Or, dans le cas français, il existe des points d'articulation entre les responsabilités de l'Etat en matière de médecine scolaire et celles des départements en matière de santé des enfants, qui ont fait l'objet de débats au cours de la période récente.

Le code de la santé publique dispose ainsi dans son article L2112-2 que le président du conseil général a notamment pour mission d'organiser « des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle ». Par ailleurs, « le conseil général doit participer aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être ». Enfin, « le service contribue également, à l'occasion des consultations et actions de prévention médico-sociale (...), aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Il oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées. »

Ce dispositif entraîne **qu'avant l'âge de six ans, les enfants sont suivis par les médecins des services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI)** pour être ensuite pris en charge par les médecins de l'éducation nationale au début de la scolarité obligatoire. Des zones de recouvrement entre petite enfance et scolarisation existent toutefois puisque les enfants peuvent être accueillis en école maternelle à l'âge de trois ans, et même à l'âge de deux ans dans la limite des places disponibles.

Par ailleurs, **certaines grandes communes présentent des services de santé scolaire pour l'enseignement du premier degré qui, par délégation, exercent des responsabilités de suivi médical et d'éducation à la santé en lieu et place du ministère de l'éducation nationale** : Antibes, Bordeaux, Cannes, Grenoble, Lille, Lyon, Nantes, Nice, Paris, Saint-Quentin, Strasbourg et Villeurbanne. La Cour a interrogé lors de son enquête les services concernés des villes de Lyon et de Nantes : les informations recueillies auprès de ces derniers font apparaître qu'ils parviennent, mieux que l'Etat, à faire face aux visites obligatoires fixées à l'âge de six ans, tout en développant une approche médico-sociale, mais en s'appuyant sur un encadrement renforcé - et donc plus coûteux - des élèves, comparativement à l'éducation nationale.

Tableau n° 16 : Les services municipaux de santé scolaire de Lyon et de Nantes

Le **service de santé scolaire de la Ville de Lyon** regroupe 11 médecins titulaires et 45 infirmières, en majorité titulaires. 10% du temps des médecins est consacré à la formation. En moyenne, chaque médecin suit 3 120 enfants et chaque infirmière 587 enfants, mais ces effectifs se situent respectivement à environ 2000 et 300 dans les quartiers difficiles qui font l'objet d'un encadrement renforcé. Le service municipal n'intervient plus dans les écoles privées sous contrat. Les bilans à l'âge de 6 ans sont réalisés à 98% par les médecins et les infirmières. Les infirmières réalisent un bilan infirmier pour tous les élèves de CE2. Les infirmières sont les principaux acteurs de l'éducation à la santé, certaines actions ponctuelles étant toutefois effectuées par les médecins. Le service municipal souligne le rôle essentiel des équipes médico-sociales tant sur le terrain qu'au niveau de la structure centrale qui regroupe une conseillère technique médicale, un cadre infirmier et deux conseillères techniques sociales.

Le **service de santé scolaire de la Ville de Nantes** regroupe 6 médecins, 14 infirmières et 6 assistantes sociales. Les sites prioritaires de la ville (éducation prioritaire et politique de la Ville) font l'objet d'un encadrement renforcé, trois fois plus de moyens leur étant consacrés. La notion d'équipe pluridisciplinaire est fondamentale et, chaque semaine, sont organisées des rencontres entre médecins, infirmières et assistantes sociales. La visite de 6 ans est réalisée à 100% par les médecins et les infirmières avec une présence parentale de 98%. En CE2, les infirmières effectuent un bilan où les parents peuvent également être présents s'ils le souhaitent. En CM2, des bilans ciblés sont mis en place pour les enfants en sites prioritaires. Depuis l'année 2001-2002, la ville de Nantes a développé un dispositif d'éducation à la santé. Actuellement trois thématiques principales (nutrition, relations fille/garçon, santé environnementale) sont proposées dans les actions mises en place, auxquelles s'ajoute l'estime de soi dans toutes interventions auprès des enfants. Le service de santé scolaire souhaite appréhender l'enfant au-delà de son seul statut d'élève, en s'efforçant de prendre en compte ses besoins globaux et en renforçant le partenariat à l'échelle des quartiers.

Source : Services municipaux de Lyon et de Nantes

En réalité, **la question de la mise en cohérence des responsabilités étatiques et territoriales** en matière de santé des enfants n'a pas été tranchée. En 1993, le commissariat général au Plan, dans le cadre des travaux de la commission « cohésion sociale et prévention des exclusions » et de l'atelier « enfance, jeunesse, familles », avait recommandé de regrouper les services de PMI et de santé scolaire dans un « service public de santé de l'enfance et de la jeunesse » qui aurait été intégré aux services départementaux.

Depuis lors, la proposition faite par le Sénat de transférer la médecine scolaire aux départements a été rejetée par l'Assemblée nationale. En novembre 2003, lors de l'examen en première lecture du projet de loi relatif aux responsabilités locales, le Sénat avait ajouté un article confiant la médecine scolaire aux départements, en partant du principe que les conseils généraux avaient déjà la responsabilité de la PMI et que l'adjonction de la médecine scolaire permettrait la consolidation d'un bloc de compétences. Cette proposition a été rejetée par les députés, au motif que de nombreux départements rencontraient déjà des difficultés à respecter leurs obligations légales en matière de PMI. Les députés ont également estimé qu'il n'était pas judicieux de « fragmenter » l'équipe éducative car les médecins de l'éducation nationale participent à l'équilibre et à la réussite des élèves en intervenant au sein de l'institution scolaire. Lors des débats, il a été également rappelé que les intéressés eux-mêmes ne souhaitaient pas ce transfert.

En 2007, le rapport du groupe de travail RGPP sur les relations entre l'Etat et les collectivités locales a proposé, pour « désenchevêtrer » les compétences de l'Etat et des collectivités, de « transférer l'action sociale et la médecine scolaire aux départements, y compris l'insertion scolaire des élèves handicapés ». En 2009, le Comité pour la réforme des collectivités locales a également abordé l'organisation de la médecine scolaire dans les termes suivants : « Il est impératif de mettre un terme aux interventions concurrentes de la commune, du centre d'action sociale communal et du centre intercommunal. Encore le Comité doit-il ajouter que ce redécoupage ne sera complet que si l'Etat transfère aux départements de nouvelles compétences (handicap, médecine scolaire, enfance en difficulté prise en charge par la protection judiciaire de la jeunesse, agrément et contrôle des centres de vacances) pour compléter leur bloc actuel de compétences, et si les rôles sont plus clairement répartis entre les organismes de sécurité sociale et les départements dans les domaines de la politique familiale. »

Interrogée sur ces orientations, la DGESCO a répondu que « les arbitrages relatifs aux périmètres de la décentralisation rendus après la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, n'ont pas tranché dans le sens d'un engagement d'une réflexion sur l'organisation de la médecine scolaire. » Elle a toutefois indiqué à la Cour qu'« une décentralisation de la médecine scolaire au niveau départemental pourrait augmenter les inégalités territoriales de prise en charge des élèves par rapport aux besoins de la population générale. En revanche, une décentralisation au niveau régional n'aurait pas les mêmes impacts et pourrait peut-être permettre de mieux prendre en compte les particularités liées aux territoires. » Cette observation dénote toutes les incertitudes sur le niveau optimal d'une éventuelle décentralisation de la médecine scolaire : lors de ses auditions, la Cour a en effet pu constater que, pour les personnels, l'échelon adapté se situerait à un niveau infra-départemental, c'est-à-dire à celui des bassins de formation qui sont constitués de réseaux d'établissements implantés dans un même ressort géographique de proximité. En tout état de cause, les agents et leurs syndicats s'avèrent hostiles à une décentralisation car, selon eux, cette mesure pourrait, au lieu de les réduire, consolider les inégalités territoriales.

Une autre question porte **sur le rattachement de la santé scolaire au ministère de l'éducation nationale, alors que dans la plupart des autres pays européens, ce domaine relève du secteur de la santé.** Parmi les médecins rencontrés en cours d'enquête et ayant une certaine ancienneté, certains regrettent l'époque où leur tutelle était le ministère de la santé. A leurs yeux, l'intégration au sein de l'éducation nationale aurait induit une forme de marginalisation par rapport aux autres professionnels

de santé. A l'inverse, d'autres médecins estiment que leur appartenance au ministère de l'éducation nationale constitue un précieux atout, puisqu'ils sont les seuls à pouvoir exercer dans les écoles et les établissements. Cette situation leur donnerait une légitimité au sein de la communauté scolaire et leur permettrait d'avoir des relations sur un pied d'égalité avec les autres intervenants éducatifs. Cette osmose leur permettrait ainsi d'appréhender l'élève dans sa globalité, au regard de sa situation de santé et de son parcours scolaire. En tout état de cause, le ministère de la santé a indiqué à la Cour qu'un rattachement de la médecine scolaire à sa structure « *n'est pas une revendication de la direction générale de la santé qui n'y voit pas a priori des gains d'efficacité ou d'efficience* ». De même, la DGESCO a précisé que « *la connaissance de l'institution scolaire est particulièrement précieuse dans l'exercice professionnel des médecins scolaires* » et que *cette spécificité penche pour une logique de rattachement au ministère en charge de l'éducation nationale.* »

Toutefois, la Cour estime qu'une clarification est, sans nul doute, nécessaire sur la place de la médecine scolaire vis-à-vis des responsabilités des autres acteurs intervenant en direction de la santé des enfants et des jeunes, que ce soit au niveau national mais tout autant au niveau territorial.

A ce titre, la recherche de cohérence des politiques de santé en direction des enfants et des jeunes pourrait trouver une réponse dans la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, qui a créé les **agences régionales de la santé (ARS)** « *chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région, de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique (...), en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile.* »

Tableau n° 17 : Les agences régionales de santé

Les agences régionales de santé ont été créées afin de renforcer l'efficacité du système de santé en coordonnant la mise en œuvre territoriale des politiques de santé au niveau régional, et répondre ainsi aux spécificités des territoires. Elles unifient les organismes publics anciennement chargés des politiques de santé dans trois champs : prévention et santé publique, organisation des soins et accompagnement médico-social.

Présidé par le préfet de région, le conseil de surveillance de l'agence est composé de 25 membres parmi lesquels siège le recteur de l'académie. Les agences n'étant pas seules compétentes sur les sujets de l'action publique touchant la santé de la population et devant se coordonner notamment avec les services territoriaux de l'Etat, deux commissions de coordination ont été instituées, l'une intervenant dans les domaines de la prévention, de la médecine scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile, l'autre dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médicaux-sociaux.

A partir des objectifs définis par le projet régional de santé (PRS), un plan stratégique régional de santé (PSRS) définit, pour quatre ans, les orientations de santé que devront décliner les schémas d'organisation et les programmes d'actions sur les territoires, en prévoyant notamment les articulations avec la santé scolaire.

Source : direction générale de la santé

Au regard de ce dispositif, le ministère de la santé a précisé à la Cour qu'« assurer la cohérence des parcours de santé relève des missions des ARS. L'un des objectifs de la création des ARS est la mise en cohérence des politiques de santé, dans toutes leurs composantes : prévention et promotion de la santé, organisation des soins et suivi médico-social des patients, afin de réduire les inégalités de santé, garantir l'accès et la qualité des soins et assurer une meilleure qualité de dépenses de santé, au plus près des besoins. Cette mise en cohérence ne se limite pas aux administrations du champ sanitaire mais à l'ensemble des acteurs, dont les services de l'Etat en région. Les services du rectorat sont associés à différentes instances de l'ARS : le conseil de surveillance et les deux commissions de coordination ».

L'enquête de la Cour a toutefois montré que la mise en place des ARS est encore trop récente pour apprécier leur travail de mise en cohérence de la médecine scolaire avec les autres structures de santé

publique et qu'à ce titre, ce dispositif n'est pas encore réellement perçu par les personnels. D'ores et déjà, cependant, certains médecins de l'éducation nationale sont associés aux commissions des agences. Dans l'académie de Lyon, les quatre médecins conseillers techniques participent aux travaux de l'ARS : celui du rectorat assure une représentation au conseil de surveillance et ceux des trois inspections académiques travaillent dans des sous-groupes de la commission spécialisée de la conférence régionale de santé, consacrés aux maladies chroniques, à la périnatalité et à la petite enfance, à la santé mentale et au handicap. L'académie a signalé également des réunions de travail avec les conseillers techniques de l'académie de Grenoble qui sont indispensables pour une construction cohérente des parcours de santé à l'échelon de la région Rhône-Alpes. En Loire-Atlantique, des partenariats se mettent en place, notamment en matière de transmission réciproque d'informations sur la survenue et la gestion des maladies transmissibles dans les collectivités d'enfants

Pour l'avenir, les responsables du ministère de la santé estiment que les ARS devraient constituer un cadre territorial adapté pour mieux articuler l'action de la médecine scolaire avec celles d'autres intervenants au service de la santé des jeunes. A leurs yeux, il conviendrait, en fonction d'un diagnostic des besoins des populations et d'un recensement des dispositifs existants, de mieux assurer une continuité dans le suivi médical, par delà les appartenances institutionnelles. Le ministère de la santé a toutefois indiqué que cette politique de santé globale de l'enfant « *dépend de l'investissement par les acteurs en responsabilité de l'éducation nationale au sein des instances où celle-ci peut s'élaborer* ». Il a évoqué, à ce titre, les conseils de surveillance et les commissions de coordination des ARS et, au niveau national, le comité national de santé publique qui définit notamment les priorités de santé publique en matière de prévention et de sécurité sanitaire.

Pour sa part, la DGESCO a indiqué que « *la coordination au sein des ARS devrait permettre la construction d'une politique cohérente fixant clairement le rôle de chacun* » et que « *la mise en place des ARS permettra d'organiser ces parcours de santé et d'en organiser la continuité. La cohérence entre l'intervention de la médecine scolaire et l'accès aux soins est à développer, de la même façon, avec le soutien des ARS* ».

S'il est encore trop tôt pour percevoir l'impact de la mise en place des ARS sur les pratiques des personnels de la médecine scolaire, les modalités concrètes d'harmonisation des différentes responsabilités en matière de santé restent imprécises. A ce titre, les ARS devront se charger de la mise en place du dossier médical personnel (DMP) qui a été institué par la loi du 13 avril 2004 relative à l'assurance maladie. Ce projet qui vise à établir un dossier de données individuelles définissant le profil des patients, est en cours de relance et la question devra être posée à court terme de la place des médecins scolaires en ce qui concerne l'accès et les possibilités de renseignement de ce dossier. Interrogés sur le DMP, les médecins rencontrés par la Cour ont souligné l'intérêt d'un tel outil qui permettrait notamment d'avoir un accès plus aisé aux informations des médecins traitants.

La Cour observe toutefois que le projet en question reste encore expérimental et n'est pas encore clairement perçu comme un enjeu concret par les personnels de la médecine scolaire. Aussi, la Cour considère-t-elle que les ARS ont un rôle important à jouer, en ayant vocation à mettre en réseau la médecine scolaire avec les différents intervenants en santé publique, et qu'il leur revient, à ce titre, de faciliter les échanges entre l'ensemble des professionnels de la santé.

B - Place de la médecine scolaire dans le secteur médical

Une dernière question porte sur le positionnement de la médecine scolaire par rapport au milieu médical, pris dans son sens large.

Comme précédemment mentionné, elle est tout d'abord liée à **l'absence de reconnaissance de la médecine scolaire en tant que spécialité**. Les médecins rencontrés en cours d'enquête ont fait valoir qu'ils ont suivi les mêmes études que les médecins généralistes mais qu'ils se sont, depuis lors, orientés vers les publics scolaires, ce qui nécessite des compétences spécifiques qui devraient être validées.

Par ailleurs, dans la mesure où les médecins de l'éducation nationale sont inscrits à l'Ordre des médecins, ils peuvent prescrire comme tous les autres médecins. Or, les médecins rencontrés en cours d'enquête ont signalé qu'il ne leur arrivait de prescrire que dans des situations très exceptionnelles, par exemple pour des traitements de contagions.

Les médecins scolaires interrogés par la Cour ont également indiqué qu'ils apportent une plus-value par rapport à un médecin généraliste car, connaissant l'institution éducative, ils peuvent apprécier

en quoi, par exemple, une difficulté de santé nécessite des aménagements de la scolarité des enfants, ce qu'un médecin de ville ne pourrait faire. Ainsi, s'agissant des certificats médicaux entraînant des dispenses de cours, ils soulignent que les médecins généralistes ne savent généralement pas les établir, du fait de leur faible connaissance des modalités d'enseignement.

Les médecins de l'éducation nationale ont également mis en avant qu'ils jouent un rôle de plus en plus important pour tenter de réguler les inégalités des populations face à la médecine. Ils citent ainsi les milieux défavorisés pour lesquels ils constituent parfois le seul interlocuteur médical et qui font appel à leurs conseils, non seulement pour les enfants scolarisés, mais aussi pour l'ensemble de leur fratrie.

Une dernière question réside dans **l'absence de règles homogènes en matière de remboursement par les caisses primaires d'assurance maladie des examens qui sont recommandés aux familles par les médecins de l'éducation nationale, notamment en ce qui concerne les bilans orthophoniques**. En effet, selon les caisses, il apparaît que ces prescriptions de bilans sont ou non prises en charge par la Sécurité sociale. Ces disparités ont été confirmées par la DGESCO qui a indiqué que *« l'exercice du médecin de l'éducation nationale est soumis à son inscription à l'ordre des médecins et, de ce fait, il peut être prescripteur d'actes dans le cadre de sa mission de prévention individuelle. C'est la CNAM qui doit, entre autres, assurer cette information auprès des caisses primaires afin de permettre le traitement homogène des remboursements sur l'ensemble du territoire. »*

Interrogé sur cette question, le ministère de la santé a apporté les éléments de réponse suivants : *« Il convient de préciser qu'il n'existe pas de texte unique régissant la question. La réponse doit être examinée à la lueur de plusieurs textes. En effet, conformément à l'article 2 du décret n°91-1195 du 27 novembre 1991, « les médecins de l'éducation nationale sont chargés des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé auprès de l'ensemble des enfants scolarisés dans les établissements d'enseignement des premier et second degrés de leur secteur d'intervention ». La médecine scolaire est donc fondamentalement une médecine de prévention. Par ailleurs, selon les dispositions de l'article R 4127-70 du code de la santé publique, si le médecin scolaire est habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement, il ne peut pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre, poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose Enfin, en tant qu'acteur de la protection de la santé, le médecin scolaire, à l'occasion de la visite obligatoire de la*

sixième année, organise un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage (paragraphe 3, de l'article L 541-1, du code de l'éducation). Les premiers bilans orthophoniques d'investigation seront notamment effectués pendant cette période. A travers l'interprétation des textes, il semble donc que rien ne s'oppose véritablement à la prescription d'un premier bilan orthophonique d'investigation par le médecin scolaire, et donc à son remboursement par l'Assurance Maladie, dans la limite du caractère préventif de cet acte ou en cas de circonstances exceptionnelles. Le médecin de l'éducation nationale n'a cependant aucune vocation à se substituer au médecin traitant et doit renvoyer l'enfant vers son médecin habituel chaque fois qu'il le juge nécessaire. La prescription du bilan orthophonique ne permettra donc pas d'établir ensuite, par exemple, une demande d'accord préalable de séances de rééducation. En effet, cette action dépasse le rôle préventif du médecin scolaire. »

Chapitre IV

Résultats de la médecine scolaire

Il est délicat de se prononcer de façon simple sur l'efficacité de la médecine scolaire en raison de la multiplicité des activités qu'elle recouvre, ainsi que des incertitudes méthodologiques sur la possibilité d'isoler son impact sur la santé des élèves. Il reste que d'importantes difficultés limitent le recensement exhaustif et fiable des activités de la santé scolaire, alors qu'il s'agit d'une première étape indispensable pour en apprécier objectivement les résultats. L'évaluation des démarches de prévention est également balbutiante, car il s'agit de mesurer les changements de comportement induits chez les jeunes par les actions d'éducation à la santé, ce qui n'est guère aisé. Aussi, une redéfinition des missions de la santé scolaire, souhaitée par les agents rencontrés par la Cour, devrait-elle également s'attacher à doter ce secteur d'intervention d'outils et de méthodes pour mieux mesurer ses performances.

I - Mesure des coûts et résultats

Si l'enquête n'a pas fait apparaître de données sur les coûts des principales activités de la médecine scolaire, elle a, en revanche, révélé un important corpus de données décrivant celles-ci, que ce soit sous la forme de rapports annuels d'activité ou de remontées statistiques.

A - Indicateurs de coûts

Interrogée sur les indicateurs d'efficience qui ont été développés en matière de médecine scolaire, la DGESCO a répondu qu'« *il n'existe pas à l'heure actuelle d'indicateurs répondant à cette définition* », mais elle a estimé que « *les prévisions et les réalisations de l'action 02 santé scolaire du programme 230, tels qu'ils apparaissent dans les documents budgétaires PAP et RAP, permettent une mesure fiable des coûts de la santé scolaire pour le ministère de l'éducation nationale* ». Au-delà de cette approche globale, l'enquête auprès des académies n'a pas fait apparaître de démarches dans le sens d'un suivi précis des coûts des différentes activités de la médecine scolaire.

B - Remontée statistique de la DGESCO

Un recueil de données sur la médecine scolaire est organisé chaque année par la DGESCO sous la forme d'un questionnaire adressé aux recteurs. Il se présente sous la forme de huit tableaux répartis en trois volets :

- la santé des élèves : visite médicale de sixième année, pathologies dépistées, dépistage des troubles du langage, mise en place des PAI, contraception d'urgence ;
- la protection de l'enfance : nombre d'élèves ayant fait l'objet d'au moins une transmission d'information préoccupante, d'un signalement au procureur de la République ;
- la formation aux gestes de premiers secours : nombre d'actions « apprendre à porter secours » (APS) dans l'enseignement primaire ; nombre de certificats de prévention et de secours de niveau 1 (PSC1) dans les collèges.

L'exploitation de ce questionnaire rempli par les académies permet de renseigner l'indicateur de la LOLF relatif aux bilans de santé de la sixième année et de documenter la partie concernant l'éducation nationale dans le rapport annuel au Parlement sur la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à la contraception et l'interruption volontaire de grossesse.

Cette remontée d'informations appelle toutefois de nombreuses observations.

Comme l'a souligné un médecin de l'académie de Créteil, il existe un risque de confusion sur les conclusions qui peuvent être tirées de cette enquête de la DGESCO. Celle-ci dresse un état des lieux de certaines

activités de la médecine scolaire, mais ne permet pas d'établir un bilan de la santé des élèves. Il est, dès lors, difficile d'orienter ou d'infléchir les politiques de santé scolaire en partant du seul recensement d'activités, puisqu'elles ne permettent pas de mesurer les besoins des élèves en termes de suivi médical.

Par delà les effets de la grève administrative de certains médecins qui, ces dernières années, a limité la remontée des informations au ministère, les médecins et infirmiers rencontrés en cours d'enquête regrettent également que **les données collectées ne reflètent que partiellement leurs activités**. Ainsi, les « examens à la demande », c'est-à-dire menés par les médecins à la demande des familles ou des enseignants, ne font pas l'objet d'un recensement systématique alors qu'ils mobilisent un temps considérable. A titre d'exemple, dans le Val-de-Marne, 12 855 élèves ont fait l'objet de tels examens en 2008-2009, ce qui représente 58% des activités cliniques des médecins. Plus généralement, l'inspection académique de la Mayenne a également indiqué que les données collectées « *ne sont pas le reflet de l'activité des médecins (important travail hors élèves, activités non retenues) et des infirmiers (les interventions en relation d'aide et écoute ne sont pas toujours notées par exemple)* ». Interrogée sur cette question, la DGESCO a précisé que « *les indicateurs statistiques retenus au niveau national actuellement sont faits pour instruire la mise en œuvre des grands objectifs (bilan de la sixième année, accueil des enfants malades, contraception d'urgence, protection de l'enfance), et non dans un objectif de description des activités des personnels* ». De même, les médecins du Maine-et-Loire estiment que : « *Ces statistiques ministérielles ne reflètent pas certains aspects du travail du médecin de l'éducation nationale. C'est pourquoi, dans le département, nous recueillons également d'autres données statistiques que nous réadaptions si besoin chaque année : nombre d'examens à la demande dans le cadre des difficultés scolaires, des troubles du comportement, interventions auprès des élèves en situation de handicap, nombre de signalements et d'informations préoccupantes, nombre de réunions pour des suivis individuels.* »

En outre, **des questions se posent sur la fiabilité du traitement des questionnaires ministériels**. L'inspection d'académie de la Mayenne a ainsi constaté que « *la fiabilité de ces statistiques tient à l'interprétation des items qui sont trop flous* ». Dans le Maine-et-Loire, les médecins soulignent que « *ces tableaux ne sont pas assortis de consignes suffisamment précises si bien qu'il ne sont pas remplis de la même façon d'une personne à l'autre. La fiabilité n'est donc pas garantie, malgré un temps important consacré au recueil et aux synthèses.* »

S'agissant des bilans en sixième année, certaines académies ne comptent que les visites effectuées par les médecins, alors que d'autres intègrent celles qui sont effectuées par les infirmiers dans le cadre de leurs activités de dépistage. L'inspection académique de la Mayenne a également signalé que, *« sous le terme de bilan de la sixième année, chaque médecin peut interpréter l'intitulé des colonnes, malgré le guide joint ; l'appréciation individuelle est variable. Par exemple, la notion de bilan standard et bilan approfondi n'est pas claire pour chaque médecin. »*

D'autres observations portent sur les notions de PAI « nouveaux » et « anciens » que distingue l'enquête de la DGESCO. L'inspection académique de la Mayenne estime que *« concernant les PAI, la notion de « nouveau » et « ancien » ne reflète pas la réalité du terrain. Un PAI est établi avec les parents, une équipe éducative et parfois d'autres partenaires qui changent chaque année. A mon sens, un PAI est nouveau chaque année, même s'il concerne le même enfant ».*

En définitive, **il n'apparaît pas que l'enquête mise en œuvre par la DGESCO donne un reflet fidèle des activités de la médecine scolaire, ni qu'elle réponde aux attentes des personnels qui n'y voient pas un élément de reconnaissance de leurs pratiques et qui même se déclarent parfois dubitatifs sur l'intérêt de ce dispositif nécessitant de leur part un temps considérable de traitement.** Lors des auditions de la Cour, les médecins et les infirmiers de l'éducation nationale ont notamment souligné qu'il conviendrait d'assurer un suivi dans certains domaines qui les mobilisent fortement : les examens à la demande - en analysant le motif de ces démarches -, les activités liées à la prise en charge du handicap, les dérogations liées aux travaux des mineurs sur des machines dangereuses, les passages en infirmerie - en analysant également leurs motifs, en particulier en ce qui concerne les problèmes de mal-être psychique -, ainsi que les actions d'éducation à la santé. Des représentants de l'EHESP ont, à juste titre, employé le terme de *« pratiques invisibles »* pour qualifier toutes ces activités pourtant quotidiennes pour les personnels de la médecine scolaire.

Interrogée sur ses projets futurs en termes de suivi statistique, la DGESCO a indiqué que *« l'élaboration d'une grille unique de remontée permettant une analyse simple des données émanant des académies est actuellement à l'étude ».* Par ailleurs, elle a signalé qu'*« un travail est actuellement engagé, après consultation des acteurs concernés, aux différents niveaux, pour établir un « tableau de bord santé social » à partir d'indicateurs relatifs au bilan de santé, au suivi des élèves repérés, à l'éducation à la santé, permettant d'avoir un recueil d'informations suffisamment précis pour suivre la politique des académies dans le*

domaine ». Elle a signalé, en outre, qu'une remontée d'informations académiques devrait accompagner le futur plan relatif à la politique éducative de santé à partir des indicateurs suivants :

- poids relatif de l'éducation à la santé et à la citoyenneté dans la formation des personnels ;
- proportion de collèges et de lycées ayant présenté un bilan de la programmation des actions du CESC à leur conseil d'administration ;
- proportion de collèges et de lycées ayant mis en œuvre un programme d'éducation à la sexualité ;
- proportion de filles ayant bénéficié d'une contraception d'urgence délivrée par les infirmiers d'établissement ;
- proportion de filles ayant demandé le renouvellement de la contraception ;
- proportion de lycées disposant d'un distributeur de préservatifs ;
- proportion de collèges et de lycées ayant mis en œuvre un programme de prévention des conduites addictives ;
- proportion d'écoles, de collèges et de lycées ayant mis en œuvre des actions relatives à la prévention des risques ;
- proportion de circonscriptions de premier degré et d'établissements du second degré disposant au moins d'une personne formée en éducation à la sécurité civile.

Si ces différents projets de la DGESCO visent un suivi statistique plus précis de la médecine scolaire, il reste que leur articulation globale ne paraît guère immédiatement perceptible. A ce titre, la création d'un service dévolu à la médecine scolaire, précédemment suggérée par la Cour, pourrait jouer un rôle important pour développer un système cohérent en matière de suivi et d'exploitation statistique de la médecine scolaire.

C - Rapports annuels d'activité

Chaque année, les médecins et infirmiers de l'éducation nationale établissent un rapport annuel d'activité. Ce travail s'effectue à plusieurs échelons, de l'établissement au rectorat mais ne paraît pas faire l'objet d'une exploitation systématique. Une synthèse n'en est pas, non plus, établie à l'échelon national.

Au demeurant, ces rapports ne sont pas toujours rédigés. L'académie de Lyon a signalé qu'« *il n'existe pas formellement de « rapport annuel médical et infirmier » établi par les conseillers techniques du Recteur* ». Au regard de ce constat, le recteur de cette académie a précisé à la Cour qu'il a rappelé la nécessité d'établir ce rapport d'activité à ses conseillers techniques. Certaines inspections académiques ont dû mettre en place des procédures pour inciter les agents à élaborer ces rapports. Ainsi, un infirmier conseiller technique de l'académie de Créteil a demandé que les rapports des infirmiers lui soient adressés sous couvert du chef d'établissement, ce qui a permis une amélioration des remontées.

D'autre part, l'articulation entre les rapports d'activité et les procédures d'évaluation des personnels ne paraît pas réalisée. L'académie de Lyon a expliqué l'absence de rapport d'activité rectoral par le fait que « *depuis l'évaluation des personnels (procédure modernisée d'un bilan d'actions et de fixation d'objectifs pour l'année n + 1), des éléments d'analyse de la médecine scolaire sont partagés lors du moment privilégié d'évaluation et d'échange.* » On peut toutefois considérer qu'un rapport d'activité pourrait justement constituer une base objective pour mener l'entretien annuel d'évaluation.

Enfin, les rapports d'activité s'appuient sur un recensement des activités qui ne paraît pas donner entière satisfaction aux utilisateurs. Un arrêté du 4 mai 2001 a créé un traitement automatisé d'informations nominatives dénommé Système automatisé gestion santé établissement (SAGESSE). Outre les données nominatives concernant les élèves et couvertes par le secret professionnel, cette application doit permettre un recensement au jour le jour de toutes les activités des infirmeries. Pour autant, comme l'a montré une infirmière de l'académie de Nantes dans une étude technique de SAGESSE, plusieurs anomalies peuvent être relevées : l'outil comptabilise deux personnes pour une pilule contraceptive NORLEVO demandée, puis administrée, ce qui fausse les statistiques ; de même, les accidents non scolaires ne sont pas répertoriés, alors qu'ils génèrent des actes infirmiers ; il conviendrait, en outre, de comptabiliser les tests de grossesse ; il faudrait enfin pouvoir cocher plusieurs réponses aux besoins d'un même élève, avec, par exemple la délivrance d'un médicament et d'un conseil, ce que ne permet pas l'actuelle version de SAGESSE.

Sur le plan informatique, les infirmiers rencontrés par la Cour ont signalé que, selon les versions du logiciel, il est possible ou non de recenser les passages des familles, des enseignants, des assistantes sociales, des conseillers d'orientation psychologues ou des éducateurs, en dehors de la présence des élèves. L'absence de liens informatiques avec

la base élèves du premier degré, les incertitudes sur les articulations avec le futur dossier médical personnel, ainsi que les problèmes de compatibilité qui pourraient se poser à court terme en cas de changement d'environnement informatique, ont été également signalés. Tout ceci montre les améliorations à apporter au logiciel SAGESSE qui est pourtant considéré comme un outil indispensable pour les infirmiers.

Enfin, s'il existe un logiciel similaire pour les médecins (MEDISCO), il ne paraît guère utilisé : par exemple, seul un médecin y recourt en Vendée. Les médecins ont également souligné de nombreux problèmes techniques empêchant des transferts aisés de données entre SAGESSE et MEDISCO.

En définitive, la Cour observe que les données sur la médecine scolaire sont lacunaires, segmentées et peu fiables, et que la collecte et l'exploitation des données qui permettraient de disposer des éléments nécessaires et préalables à l'évaluation de la médecine scolaire, restent largement perfectibles. Toutefois, la critique la plus forte qui est formulée par les agents rencontrés en cours d'enquête, est que ce dispositif statistique ne restitue pas une image fidèle de leur travail et ne permet donc pas une reconnaissance de leur mobilisation effective en faveur des élèves.

II - Offre territoriale

Si l'on considère que la médecine scolaire est en particulier la « médecine du travail de l'élève », un premier indicateur d'efficacité de cette politique devrait être le caractère équilibré de la répartition de son offre sur l'ensemble du territoire. Or, les possibilités d'accès des élèves à la médecine scolaire varient selon les académies, mais aussi selon les secteurs d'enseignement.

A - Taux d'encadrement

Afin que tous les élèves puissent avoir un accès égal à la médecine scolaire, il conviendrait que le taux d'encadrement qui calcule le nombre d'élèves par médecin et infirmier de l'éducation nationale, soit relativement homogène sur l'ensemble du territoire.

Le présent rapport a précédemment mentionné que, s'agissant des moyens qui sont délégués aux académies, cette homogénéité ne se vérifie pas. Afin de mener une analyse sur les moyens qui sont effectivement utilisés, la Cour a demandé à la DGESCO de calculer les taux

d'encadrement en rapportant les effectifs d'élèves des premier et second degrés¹⁰ aux emplois et vacations réellement utilisés par les académies.

Tableau n° 18 : Evolution des taux d'encadrement

Nombre d'élèves par médecin scolaire (ETPT et vacations consommés)	2006-	2007-	2008-	2009-	Evolution 2006/2009
AIX-MARSEILLE	9 760	8 865	8 359	8 342	-15%
AMIENS	11 041	10 925	11 000	11 148	1%
BESANCON	11 219	10 896	10 941	11 674	4%
BORDEAUX	11 829	12 115	12 556	12 399	5%
CAEN	11 481	10 916	9 427	9 223	-20%
CLERMONT-FD	10 660	9 340	9 410	9 567	-10%
CORSE	7 123	6 900	6 910	7 848	10%
CRETEIL	9 081	9 737	10 085	10 897	20%
DIJON	11 377	11 281	10 332	10 738	-6%
GRENOBLE	10 306	9 943	9 950	10 039	-3%
GUADELOUPE	11 213	10 872	10 130	13 649	22%
GUYANE	8 530	10 038	11 449	18 165	113%
LILLE	7 999	7 967	7 834	8 074	1%
LIMOGES	14 466	12 723	13 838	12 966	-10%
LYON	10 599	10 114	10 550	10 411	-2%
MARTINIQUE	8 731	8 233	9 677	9 217	6%
MONTPELLIER	11 172	8 379	8 337	8 509	-24%
NANCY METZ	10 815	10 356	11 396	11 327	5%
NANTES	11 791	11 785	10 191	9 886	-16%
NICE	11 104	10 003	9 725	9 780	-12%
ORLEANS TOURS	13 984	14 099	12 962	12 802	-8%
PARIS	10 522	10 096	9 980	8 738	-17%
POITIERS	9 532	7 719	7 544	7 583	-20%
REIMS	9 674	9 966	10 685	10 830	12%
RENNES	10 306	7 835	7 894	8 036	-22%
REUNION	8 357	8 841	9 446	8 740	5%
ROUEN	10 306	10 277	11 201	11 883	15%
STRASBOURG	8 616	8 348	8 836	7 678	-11%
TOULOUSE	10 253	10 502	9 841	9 520	-7%
VERSAILLES	9 753	9 069	9 239	9 914	2%
France métro. +DOM	10 185	9 682	9 652	9 767	-4%

¹⁰ Les données fournies par la DGESCO prennent en compte les élèves des enseignements public et privé sous contrat et excluent ceux scolarisés dans des écoles relevant des municipalités à service autonome de santé.

Nombre d'élèves par infirmier scolaire (ETPT et vacations consommés)	2006-2007	2007-2008	2008-	2009-	Evolution 2006/2009
AIX MARSEILLE	1 933	1 844	1 798	1 782	-8%
AMIENS	1 827	1 687	1 607	1 505	-18%
BESANCON	1 639	1 603	1 556	1 471	-10%
BORDEAUX	2 069	1 955	1 796	1 653	-20%
CAEN	1 899	1 866	1 731	1 592	-16%
CLERMONT-FD	1 442	1 400	1 357	1 295	-10%
CORSE	1 285	1 264	1 195	1 140	-11%
CRETEIL	1 871	1 856	1 842	1 746	-7%
DIJON	1 791	1 743	1 602	1 515	-15%
GRENOBLE	2 098	2 044	1 919	1 833	-13%
GUADELOUPE	1 898	1 836	1 712	1 562	-18%
GUYANE	1 987	1 666	1 582	1 566	-21%
LILLE	1 719	1 671	1 637	1 585	-8%
LIMOGES	1 218	1 203	1 143	1 060	-13%
LYON	2 052	2 014	1 946	1 765	-14%
MARTINIQUE	1 702	1 680	1 437	1 383	-19%
MONTPELLIER	2 093	1 978	1 902	1 813	-13%
NANCY METZ	1 760	1 697	1 600	1 524	-13%
NANTES	2 391	2 277	2 152	2 001	-16%
NICE	2 253	2 109	1 942	1 821	-19%
ORLEANS TOURS	1 994	1 884	1 721	1 624	-19%
PARIS	1 752	1 619	1 540	1 340	-24%
POITIERS	1 918	1 792	1 624	1 503	-22%
REIMS	1 746	1 614	1 568	1 481	-15%
RENNES	2 082	2 043	1 964	1 868	-10%
REUNION	1 850	1 698	1 638	1 630	-12%
ROUEN	1 748	1 729	1 612	1 538	-12%
STRASBOURG	1 950	1 854	1 684	1 588	-19%
TOULOUSE	1 960	1 894	1 784	1 667	-15%
VERSAILLES	2 205	2 168	2 139	2 083	-6%
France métr. +DOM	1 929	1 858	1 770	1 676	-13%

Source : DGESCO

Ces tableaux montrent que les effectifs moyens d'élèves par médecin varient, en 2009-2010, de 7 583 dans l'académie de Poitiers à 12 966 dans celle de Limoges, et même à 18 165 en Guyane. Ils révèlent ainsi une répartition géographique très inégale de l'offre médicale. En outre, certaines académies ont vu leur couverture en médecins scolaires se dégrader au cours des dernières années : celles de Créteil et de Rouen avec des effectifs d'élèves par médecin qui s'accroissent respectivement de 20% et de 15% entre 2006-2007 et 2009-2010, mais, plus encore celles

de la Guyane et de la Guadeloupe avec des augmentations qui atteignent respectivement 113% et 22%.

En raison de méthodes différentes de recensement, les données ministérielles ne sont guère comparables avec celles produites par les trois académies retenues par l'enquête. Les données du ministère aboutissent, pour l'année 2009-2010 aux taux d'encadrement suivants :

- 10 897 élèves par médecin et 1 746 élèves par infirmier dans l'académie de Créteil ;
- 10 411 élèves par médecin et 1 765 élèves par infirmier dans l'académie de Lyon ;
- 9 886 élèves par médecin et 2 001 élèves par infirmier dans l'académie de Nantes.

Pour la même année scolaire, les trois académies concernées ont produit les données suivantes : à Créteil, 7 859 élèves par médecin et 1 513 élèves par infirmier ; à Lyon, 4 163 élèves par médecin et 513 élèves par infirmier ; à Nantes, 9 941 élèves par médecin et 1 265 élèves par infirmier.

Les écarts constatés s'expliquent par des méthodes hétérogènes de calcul des taux d'encadrement. En effet, selon les cas, les agents peuvent être recensés en personnes physiques, en postes ou en équivalents temps plein, cette dernière méthode paraissant, au demeurant, la plus pertinente au regard de la proportion élevée des services à temps partiel parmi les infirmiers et médecins de l'éducation nationale. Selon les unités de compte utilisées, les variations sont notables. Par exemple, les taux d'encadrement calculés par l'académie de Créteil s'établissent à 7 859 élèves par médecin si l'on raisonne en personnes physiques et à 10 370 si l'on raisonne en équivalents temps plein. Les méthodes diffèrent également entre le ministère et les académies mais aussi entre académies, selon que les calculs intègrent ou non les élèves de l'enseignement privé sous contrat ou les élèves scolarisés dans des municipalités ayant conservé leur propre service autonome de santé scolaire.

La Cour estime que de telles variations de méthode ainsi que les interprétations biaisées qui peuvent en être tirées, militent en faveur de modalités homogènes de recensement et de calcul des taux d'encadrement entre les académies et l'administration centrale du ministère.

Si l'on s'attache aux évolutions des taux d'encadrement au fil des années scolaires, des divergences importantes apparaissent également entre les données ministérielles et celles recueillies auprès des académies. Les données ministérielles produites par la DGESCO font apparaître une amélioration de la couverture médicale des élèves puisqu'entre 2006-

2007 et 2009-2010, les effectifs moyens d'élèves auraient diminué de 4% pour les médecins et de 13% pour les infirmiers (décomptés en emplois et en vacances consommés). Si l'amélioration constatée pour les infirmiers peut s'expliquer par la création de nouveaux postes en établissements au cours des années récentes, celle concernant les médecins peut paraître plus étonnante. Toutefois, la DGESCO n'a pas pu produire de données plus anciennes permettant d'apprécier les évolutions des taux de couverture sur période longue.

En tout état de cause, **il existe, en l'absence de méthode homogènes de recensement des effectifs, des incertitudes sur les comparaisons possibles entre les données ministérielles et celles disponibles à l'échelon des académies.** A titre d'exemple, l'académie de Créteil a produit la série de données suivantes qui montre une dégradation de sa couverture médicale, le nombre moyen d'élèves par ETP de médecin s'étant accru de 15% entre les années scolaires 2003-2004 et 2009-2010.

Tableau n° 19 : Taux d'encadrement en médecins dans l'académie de Créteil

Années scolaires	Nombre d'élèves par ETP de médecin
2003-2004	9 019
2004-2005	9 119
2005-2006	9 312
2006-2007	9 733
2007-2008	9 372
2008-2009	9 476
2009-2010	10 370

Source : rectorat de Créteil

De plus, cette approche par moyennes académiques tend à gommer les inégalités entre départements d'une même académie. A titre d'exemple, on constate une dégradation de la couverture médicale dans le Val-de-Marne qui, comme le montre le tableau suivant, est plus forte que celle constatée à l'échelon académique.

Tableau n° 20 : Taux d'encadrement en médecins dans le Val-de-Marne

Années scolaires	Nombre d'élèves par ETP de médecin
2003-2004	8 771
2004-2005	8 748
2005-2006	9 086
2006-2007	8 904
2007-2008	9 038
2008-2009	9 283
2009-2010	10 630

Source : rectorat de Créteil

Au-delà des incertitudes portant sur les données, les personnels rencontrés par la Cour perçoivent **l'évolution défavorable de la couverture médicale** qui peut certes être liée à des augmentations des effectifs d'élèves, mais également à une diminution en personnels. Par exemple, on comptait dans l'académie de Créteil 110 médecins en 2003-2004, contre 89 en 2009-2010. Comme précédemment mentionné, l'académie de Nantes devra faire face à la prochaine rentrée scolaire au départ de plusieurs médecins qu'elle ne pourra vraisemblablement que partiellement compenser.

En outre, les académies mettent en avant une dégradation des conditions de prise en charge des élèves dans les secteurs devenus vacants. Dans l'académie de Créteil, l'inspection académique de Seine-et-Marne affecte les médecins dans des secteurs comprenant un secteur prioritaire et un secteur d'urgence où seuls sont pris en charge les cas de maltraitance et les situations de crise sanitaire. Dans le Maine-et-Loire, l'inspection académique a signalé que « *suite à des départs de médecins sans recrutement nouveau, certains secteurs ont été annoncés comme « découverts sauf urgence » cette année. Les équipes d'écoles et les chefs d'établissement ont été prévenus que seules les situations urgentes seraient traitées. Les lycées professionnels et les zones en éducation prioritaire ont été affectés en complément de charges pour des médecins ayant déjà un grand secteur* ».

Enfin, la pénurie en médecins de l'éducation nationale concerne des zones d'ores et déjà fragilisées, où l'accès à la médecine générale est souvent devenu difficile. On peut citer un courrier du 10 mars 2008 de l'inspecteur d'académie de la Mayenne au recteur de Nantes qui souligne

que « vous n'êtes pas sans savoir que la Mayenne, département rural, est confronté à un manque criant de médecins généralistes. En conséquence la médecine de prévention exercée par les médecins de l'éducation nationale a un rôle d'autant plus important dans la couverture sanitaire des enfants et adolescents du département ». Il en est de même dans certaines zones urbaines difficiles, le rapport infirmier pour 2009-2010 de la Seine-Saint-Denis indiquant que « la raréfaction de certains professionnels de santé sur le département et les délais d'attente pour un rendez-vous font que certains problèmes de santé ne sont pas réglés rapidement ou pas du tout. Les troubles visuels et les problèmes de caries dépistés par les infirmiers restent nombreux sans solution adaptée. Les avis donnés aux familles sont de moins en moins retournés. Le département manque de pédiatres, d'ophtalmologistes, de dentistes et de psychologues. En moyenne, l'attente pour une consultation en centre médico-psychologique est de six à huit mois ».

Interrogée sur les procédures d'affectation des moyens de la médecine scolaire afin que les déficits en personnels de santé scolaire ne coïncident pas avec des déficits de l'offre de médecine de ville, la DGESCO a indiqué qu'il faut souligner que « les deux formes de médecine, si elles se complètent, n'ont pas les mêmes objectifs : l'offre de soins pour la médecine de ville, la prévention individuelle et collective pour la médecine scolaire. Si leur travail en collaboration s'avère indispensable, en particulier pour la réponse aux besoins individuels des élèves atteints d'un trouble de la santé, il apparaît actuellement difficile de soumettre les méthodes d'allocation des moyens de la médecine scolaire à l'offre de la médecine libérale (...). ». La DGESCO a toutefois signalé qu'elle pourrait prendre en compte dans sa méthode d'allocation des moyens la répartition des médecins de ville sur le territoire, mais qu'elle s'interroge sur la pertinence d'une telle méthode, au regard des différences de missions entre ces deux médecines.

La Cour estime que, si l'on considère que la médecine scolaire constitue effectivement une politique publique, il revient au ministère qui en est chargé, d'assumer une gestion adaptée des moyens afin de réduire les inégalités territoriales et d'ainsi mieux répondre aux besoins territoriaux, notamment dans les zones les plus fragilisées en matière d'accès aux soins médicaux. Elle souligne, à ce titre, qu'une telle démarche ne pourra être engagée sans un pilotage renforcé qui soit à même de remettre en cohérence la gestion des moyens de la médecine scolaire et d'animer le réseau de ses acteurs.

B - Enseignement privé sous contrat

Interrogée sur les modalités d'intervention dans les établissements privés sous contrat, la DGESCO a répondu que *« la gestion et l'animation des médecins et des infirmiers sont pilotées au niveau local par les recteurs, auxquels il appartient de définir une politique adaptée aux besoins des élèves et à la diversité des établissements dont ils ont la charge, conformément à la circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001. Cette circulaire relative aux orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves s'applique en effet à l'ensemble des élèves scolarisés dans les écoles, les établissements publics locaux d'enseignement et les établissements d'enseignement privés sous contrat, dans le cadre de la mission de protection de santé des élèves en application de l'article L 541-1 du code de l'éducation. Les conditions d'intervention dans les établissements privés, notamment des infirmiers scolaires accompagnant les médecins de l'éducation nationale en charge des bilans obligatoires de santé, sont déterminées par le rectorat, en fonction des moyens qui lui sont alloués par la direction générale de l'enseignement scolaire. »*

A l'appui de cette réponse, la DGESCO a précisé que, *« si statutairement les personnels infirmiers ne peuvent pas être affectés dans des établissements privés, rien ne s'oppose à ce que ces personnels, dans le cadre des missions qu'ils sont amenés à remplir, contribuent au suivi de l'ensemble des élèves, y compris ceux qui sont scolarisés dans des établissements privés sous contrat. Par ailleurs, les chefs d'établissements privés peuvent également recourir à des personnels de santé recrutés par leurs soins, la rémunération de ces personnels étant partiellement prise en compte dans le cadre de la subvention globale versée au titre du forfait d'externat versé aux établissements privés pour le temps consacré à l'externat des élèves. »*

L'organisation déconcentrée de la médecine scolaire entraîne que l'administration centrale ne dispose pas d'un état des lieux par académie de l'intervention des services de santé scolaire dans les établissements privés sous contrat. La DGESCO a toutefois indiqué qu'*« il pourrait être envisagé une enquête auprès des rectorats et des inspections académiques sur l'intervention dans les établissements privés des médecins et infirmiers scolaires rattachés aux services académiques et aux établissements d'enseignement public. Une telle entreprise serait cependant lourde à conduire car elle nécessiterait de demander à chaque personnel concerné de préciser la part de son emploi du temps qu'il dédie en moyenne à des interventions dans des établissements privés. »* Lors de son audition par la Cour, la DGESCO a reconnu qu'en matière de

médecine scolaire, l'enseignement privé sous contrat constitue une sorte d'« *angle mort des politiques publiques* ».

En tout état de cause, l'enquête de la Cour a confirmé **les traitements disparates des élèves scolarisés dans l'enseignement privé sous contrat des trois académies étudiées.**

Dans l'académie de Créteil, l'inspection académique du Val-de-Marne a indiqué que la médecine scolaire ne prend pas en charge les établissements privés, mais intervient en cas de maladies transmissibles et d'événements graves pouvant perturber la communauté scolaire, à la demande des chefs d'établissement. Par ailleurs, à l'inspection académique, le médecin conseiller et son adjointe assurent deux à trois consultations par semaine pour les élèves handicapés ou malades de ces établissements, soit en moyenne 250 consultations par an.

En Seine-et-Marne, les infirmiers n'interviennent pas dans les établissements privés sous contrat, ces établissements étant le plus souvent dotés d'infirmiers recrutés sous contrat privé. Les médecins prennent en charge les élèves des établissements privés dans les cas suivants : élèves en situation de handicap, maladies chroniques, aménagements des examens, crises sanitaires (tuberculose, méningite à méningocoque essentiellement).

L'académie de Lyon a indiqué que l'organisation des interventions dans l'enseignement privé sous contrat diffère selon les services départementaux. Dans la Loire, les médecins interviennent dans toutes les écoles maternelles et élémentaires privées sous contrat. Dans le second degré, ils ne se déplacent que pour les urgences. Les infirmiers scolaires n'interviennent que pour les urgences scolaires dans les premier et second degrés. Dans l'Ain, les médecins et infirmiers interviennent dans les écoles élémentaires et maternelles privées sous contrat pour les urgences. Dans le Rhône, les médecins interviennent dans toutes les écoles élémentaires et maternelles privées sous contrat. Les infirmiers interviennent à la demande.

Dans l'académie de Nantes où environ 40% des élèves fréquentent un établissement privé, l'inspection académique de la Vendée a précisé que les infirmiers de l'éducation nationale n'interviennent pas dans l'enseignement sous contrat, alors que les médecins de l'éducation nationale ont en charge la totalité des élèves des secteurs public et privé. Comme l'a fait observer le médecin conseiller technique de l'inspection académique, « *le filtre infirmier, utilisé dans l'enseignement public, ne peut donc pas être utilisé dans l'enseignement privé sous contrat* », en faisant référence au dépistage infirmier mis en place pour pallier la pénurie en médecins scolaires. D'où le choix qui a été fait d'un dispositif

destiné à rééquilibrer l'action de la médecine scolaire pour les bilans obligatoires de sixième année : « *Sur le département de la Vendée, il n'est pas envisageable que les élèves de la grande section scolarisés en enseignement public bénéficient d'un dépistage sensoriel par l'infirmier (qui permet de dégager les examens médicaux pour les élèves ainsi repérés) et que les élèves scolarisés en enseignement privé sous contrat bénéficient systématiquement d'un bilan de santé par le médecin de l'éducation nationale. C'est pourquoi les médecins de l'éducation nationale font un bilan dit de « première intention » auprès des élèves de grande section, que ce soit en public ou en privé. A partir de ce bilan, le médecin de l'éducation nationale effectue pour certains enfants un examen médical en présence des parents ».*

Dans le département de Loire-Atlantique, l'inspection académique a indiqué que les missions des infirmiers s'effectuent essentiellement dans les établissements publics et que, « *seulement en cas de gestion d'événement dramatique ponctuel, des personnels de santé scolaire (médecins, infirmiers et assistantes sociales) peuvent être sollicités pour assurer un renfort aux cellules de crise* ». S'agissant de l'inspection académique de la Mayenne, « *les postes de médecins sont calculés au prorata des effectifs du public et, une ligne budgétaire des établissements privés étant réservée aux personnels de santé, une réflexion doit s'engager sur la couverture des établissements privés, au regard à la pénurie de médecins* ». Enfin, le rapport d'activité 2009-2010 du médecin conseiller technique de la Sarthe : « *je ne fais plus de dépistage, mais seulement des examens à la demande dans le privé* »

Autrement dit, d'importantes disparités de suivi médical des élèves apparaissent entre enseignements public et privé. Un médecin de la Sarthe a ainsi observé qu'« *en ce qui concerne le second degré, seuls quelques établissements privés financent un poste d'infirmier, cela rend plus difficile le repérage des élèves à besoin spécifique* ». S'agissant du premier degré, cette question est également sensible dans certaines zones rurales de l'Ouest de la France où certaines communes n'ont que des écoles privées qui ne bénéficient donc pas d'un suivi infirmier et où les médecins n'interviennent qu'en cas d'urgence.

En définitive, la Cour constate des disparités importantes de traitement entre l'enseignement privé sous contrat et l'enseignement public, que ce soit en termes d'allocation des moyens et d'intervention des professionnels de la médecine scolaire. A ce titre, si les infirmiers de l'éducation nationale ne peuvent pas, selon les textes statutaires qui les régissent, être affectés dans des établissements privés, rien ne semble s'opposer toutefois à ce qu'ils y interviennent, au même titre que dans l'enseignement public.

III - Atteinte des objectifs

Les textes concernant la médecine scolaire fixent des objectifs quantitatifs précis, notamment en ce qui concerne les bilans médicaux obligatoires. Ces objectifs ne sont pas atteints et l'on peut même constater une dégradation des scores observés.

A - Activités recensées en 2008-2009

La DGESCO a produit les données statistiques suivantes pour l'année scolaire 2008-2009 :

- Le taux de réalisation du bilan de santé de la sixième année s'élève à 65,2 %, soit 470 371 bilans effectués sur 721 136 élèves de la tranche d'âge concernée. Ce taux est en diminution de 5,5 points par rapport à 2008. Les troubles les plus fréquemment dépistés sont les atteintes à l'acuité visuelle (29%) et auditive (15%), l'obésité (13%), l'absence de vaccins (10 %) et les problèmes psychopathologiques (8%). Pour 16% des élèves, des consultations auprès de spécialistes ont été préconisées (dont 43% auprès de psychologues et 42 % en orthophonie/orthoptie).
- A l'école élémentaire, 19 200 examens ont été effectués à la demande, pour orthophonie/orthoptie dans 59% des cas.
- En matière de protection de l'enfance, on compte 3,2 % de signalements ou de transmission d'informations préoccupantes : 8,2 % en éducation prioritaire et 2,2 % hors éducation prioritaire, avec une prédominance au collège (60 %).
- La contraception d'urgence (don de NORLEVO) a concerné 13 818 élèves¹¹ (en majorité des lycéennes mineures, mais 3 800 au collège).
- 4,38 % des effectifs du primaire ont suivi la formation « apprendre à porter secours » et 12,6 % des élèves de troisième ont obtenu le certificat de prévention et secours civiques de niveau 1 (PSC1) au cours de l'année scolaire.

Ces données ne donnent qu'une vision parcellaire des activités de la médecine scolaire, car elles ne font pas état des visites médicales obligatoires au cours des neuvième, douzième et quinzième années, ni des

¹¹ Pour information, 2,05 millions de filles sont scolarisées dans le second degré public.

actions de prévention concernant les conduites addictives et d'éducation sexuelle.

B - Mesure de la performance

Dans les documents budgétaires du ministère de l'éducation nationale (projet annuel de performance), l'objectif de « promotion de la santé des élèves » assigné à l'action relative à la médecine scolaire n'est suivi que par le seul indicateur relatif à la « *proportion des élèves ayant bénéficié du bilan de santé dans leur sixième année* ». Or, cet indicateur s'avère d'une fiabilité discutable.

Le recueil des données correspondantes s'effectue par les médecins de l'éducation nationale et aboutit à des disparités importantes entre les académies, puisque les taux varient de 25% à 90%. Certaines académies ne comptabilisent que les visites effectuées par les médecins, alors que d'autres prennent également en compte le dépistage préalable des infirmiers, ce qui augmente les pourcentages. Consciente de ces approximations, la DGESCO prévoit d'harmoniser les pratiques des différentes académies afin d'obtenir un taux national cohérent.

Sous réserve de ces incertitudes statistiques, le taux de réalisation du bilan de sixième année connaît une baisse depuis plusieurs années, même si une augmentation ponctuelle a été constatée en 2008 : 70,9% en 2006 ; 67,2% en 2007 ; 70,7% en 2008 ; 65,2% en 2009. On peut d'ailleurs supposer que cette baisse serait encore plus forte si les statistiques ne comprenaient que les seules visites réalisées par des médecins de l'éducation nationale et excluaient les dépistages infirmiers.

La DGESCO a expliqué cette baisse par les raisons suivantes :

- les difficultés de recrutement des médecins ;
- l'allongement de la durée de la visite de chaque élève (50 minutes en moyenne), depuis qu'a été inclus le dépistage des troubles des apprentissages ;
- l'alourdissement des tâches des médecins, dû en particulier : au nombre croissant de PAI pour les enfants atteints de maladies chroniques (+45% entre 2005-2006 et 2008-2009) ; à la mise en place systématique d'un projet personnalisé de scolarisation pour chaque élève handicapé (avec 174 673 élèves handicapés accueillis en 2008-2009 pour les premier et second degrés) ; aux demandes d'aménagement des conditions d'examen, avec une hausse pouvant aller jusqu'à 100% dans certains départements ; à l'obligation des visites pour les élèves mineurs de l'enseignement technologique et professionnel travaillant sur

- des machines dangereuses ; aux interventions de plus en plus nombreuses dans les cellules d'urgence mises en place en cas d'événements graves dans les établissements scolaires et d'alertes sanitaires (méningites par exemple) ;
- le cas particulier de l'année 2009 au cours de laquelle les personnels de santé de l'éducation nationale ont été fortement mobilisés par la campagne nationale de vaccination contre la grippe A/H1N1.

S'agissant des autres visites obligatoires, la DGESCO a indiqué qu'« outre le fait que la rédaction de l'article L 541-1 ouvre la possibilité pour les familles de faire réaliser ces visites par un « professionnel de santé de leur choix », l'ensemble des constats énoncés ci-dessus, montre que l'hypothèse de réaliser, même partiellement les trois visites supplémentaires prévues par le code de l'éducation (à 9, 12 et 15 ans) entraînerait un surcoût que l'éducation nationale ne pourrait pas assumer. Pour trouver une solution à cette situation, la proposition suivante a été faite, sans avoir encore abouti, car elle suppose un financement de l'assurance maladie. L'éducation nationale pourrait : organiser le recensement des élèves devant bénéficier de ces visites ; mettre en place, en coordination avec le ministère chargé de la santé, le dispositif nécessaire à la vérification de l'effectivité des visites par la médecine de ville (attestation demandée aux parents par exemple) ; articuler les différents modes d'intervention pour faciliter la vie des familles et le service rendu aux élèves. » La DGESCO a également indiqué que « pourraient être clarifiés les domaines relevant du suivi des enfants et des jeunes qui ne relèvent pas étroitement de la médecine scolaire, mais qui pourraient être assurés par la médecine de ville, voire la PMI (bilan d'ordre somatique, par exemple). Une disposition d'ordre législatif modifiant le code de l'éducation devrait être alors envisagée, notamment pour la visite de 6^{ème} année. » La Cour souligne qu'une telle observation de la DGESCO montre combien la question de la coordination des différents acteurs médicaux en charge de la santé des jeunes est essentielle et qu'elle éclaire le rôle central que les ARS devront jouer à ce titre.

Les auditions et l'enquête auprès des académies ont confirmé les analyses de la DGESCO sur l'incapacité actuelle de la médecine scolaire à remplir ses obligations législatives.

Une principale de l'académie de Créteil a ainsi observé : « Je suis chef d'établissement depuis 1996. Au début nous avions une visite systématique de tous les élèves de sixième et une visite pour tous les élèves de troisième. Tout doucement, on a abandonné, faute de moyens,

les sixièmes en gardant les troisièmes, puis uniquement les troisièmes qui devaient être orientés dans des filières professionnelles ».

L'académie de Nantes a expliqué que « l'objectif fixé par la loi que chaque enfant dans sa sixième année soit vu par le médecin de l'éducation nationale, n'est plus réalisable dans l'académie de Nantes. » S'agissant des autres visites obligatoires, elle indique que « les médecins de l'éducation nationale étant déjà dans l'impossibilité d'effectuer la totalité des visites de sixième année, il n'est pas possible actuellement d'envisager les autres visites de manière systématique. Ces visites systématiques et obligatoires introduite dans la loi de 2007, ne font l'objet d'aucun recueil statistique tant au niveau national qu'académique. Les élèves des tranches d'âges visés par la loi sont vus par les médecins à la demande. »

L'inspection académique de la Mayenne souligne que « la réalisation du bilan de six ans s'est recentrée sur le dépistage des troubles des apprentissages. En Mayenne, dans le public, les médecins voient les enfants ciblés par un repérage enseignant, un dépistage infirmier, un bilan PMI. (...) Le travail des médecins est essentiellement centré sur les examens à la demande concernant les élèves à besoins spécifiques (handicap, enfants malades) ou non (troubles du comportement, difficultés scolaires). (...) Les bilans infirmiers des neuf ans ne sont pas faits systématiquement. (...) Les médecins ne peuvent plus assurer le bilan systématique en troisième : seuls les élèves susceptibles de s'orienter vers les filières professionnelles ou technologiques font l'objet d'une attention particulière. »

L'inspection académique du Maine-et-Loire a, de même, signalé qu'« au cours de la sixième année, les médecins sont dans l'impossibilité de rencontrer tous les enfants, mais les bilans sont systématiques dans les zones d'éducation prioritaire. L'organisation départementale vise à ce que tous les enfants repérés en difficulté puissent bénéficier de l'examen par un médecin de l'éducation nationale. (...) Il n'y a pas de bilan médical systématique lors de la neuvième année, certains personnels infirmiers effectuent un bilan pour les élèves de CE2 de l'enseignement public. Un bilan infirmier est réalisé pour tous les élèves de sixième de l'enseignement public ; les médecins se rendent disponibles si besoin pour un examen médical complémentaire. En classe de troisième, il n'y a plus de bilan systématique ; les médecins demandent à rencontrer les élèves qui présentent des problèmes de santé et souhaitent une orientation vers l'enseignement technique. »

Le rapport d'activité 2007-2008 du médecin conseiller technique de ce même département souligne que « les médecins de l'éducation nationale doivent s'adapter à une évolution progressive de leurs missions

vers des examens ciblés pour des élèves dont la situation complexe demande parfois beaucoup de temps. Ils acceptent progressivement de ne plus assurer 100% des visites médicales en grande section, alors que c'est toujours inscrit dans le code de la santé publique ainsi que le code de l'éducation et demandé avec insistance par les associations de parents d'élèves. C'est toute la question de l'équité (donner plus à ceux qui en ont le plus besoin) et du refus de secteurs vacants ».

L'inspection académique de Loire-Atlantique développe les mêmes analyses : *« La réalisation des objectifs fixés par l'article L 541-1 n'est pas remplie au regard de la situation de la santé scolaire à l'éducation nationale et entre autres sur le département de la Loire-Atlantique. Ce constat s'explique par un manque d'effectifs de médecins en poste, en diminution au cours des années, des difficultés pour le médecin conseiller technique à recruter des médecins vacataires, et des constructions de nouveaux établissements scolaires qui demandent une dotation de personnels. Le transfert de ce bilan médical en bilan infirmier est effectif depuis la troisième année sur le département, dépistage infirmier systématique sensoriel et biométrique des élèves de grande section au détriment des missions de bilan infirmier des élèves de CE2 dans le premier degré (...). Pour tous les autres niveaux de classe, les bilans infirmiers sont réalisés à la demande des parents, des enseignants, de l'élève lui-même ou de l'infirmier, au fur et à mesure de l'identification des besoins. Les bilans de classe de sixième ne sont plus systématiques. »*

De même, en Vendée, aucune visite obligatoire au cours des neuvième, douzième et quinzième années n'est aujourd'hui organisée. Cependant, tout élève signalé par la communauté éducative peut bénéficier d'un avis médical.

La situation est similaire dans l'académie de Créteil. L'inspection académique du Val-de-Marne indique, dans une directive aux personnels de santé de septembre 2009, que, *« s'agissant des bilans des six ans, ils sont approfondis pour les élèves signalés en grande difficulté, alors que les autres enfants seront vus par le médecin en fonction de ses possibilités. Tous doivent toutefois bénéficier d'un bilan infirmier ».*

L'impossibilité de satisfaire aux examens médicaux obligatoires explique un suivi très inégal des élèves, y compris lorsqu'il est réalisé par des infirmiers. L'inspection académie du Val-de-Marne a ainsi indiqué que 64% des dépistages infirmiers sont réalisés dans le premier degré, contre 31% dans le second degré en général, et seulement 5% en lycée.

L'académie de Lyon a souligné l'importance primordiale de la visite médicale à l'âge de six ans : « Pour que ce travail soit tous les ans assuré à 100%, ses modalités de réalisation sont en cours d'évolution par : une meilleure implication des enseignants dans le repérage ; une implication prioritaire des infirmières dans le dépistage des troubles sensoriels et certains axes du dépistage des troubles d'apprentissages, ce qui requiert, sans doute, une formation spécifique ; une véritable mobilisation technique des secrétaires dans l'organisation des bilans et la mise à jour des dossiers. » S'agissant des autres niveaux d'âge, l'académie de Lyon a précisé que le suivi instauré en CE1 et CE2 concerne les enfants préalablement dépistés et, concernant les autres populations, les élèves porteurs de maladies chroniques ou de handicap, ainsi que les enfants ou les adolescents en danger suite à des maltraitances ou des conduites à risque.

En revanche, les avis des médecins concernant l'aptitude au travail sur les machines dangereuses sont systématiquement réalisés. En effet, l'inspection du travail établit une liste des machines et travaux interdits aux mineurs et le médecin de l'éducation nationale doit vérifier sur place dans les ateliers pour délivrer son avis sur la dérogation concernant les élèves. Cette procédure lourde fait l'objet d'interrogations, comme l'a mentionné le médecin conseiller technique de Seine-Saint-Denis dans son rapport d'activité pour 2009-2010 : « *les avis sur l'aptitude au travail sur machines dites dangereuses ont été délivrés pour 4 588 élèves scolarisés en lycée professionnel pour, semble-t-il, uniquement trois contre-indications. Il est donc légitime de se poser la question de la pertinence de cette activité médicale très chronophage et qui n'apporte pas de plus-value réelle à l'élève scolarisé* ». Auditionné par la Cour, un médecin du même département a estimé qu'à l'heure actuelle, la plupart des machines-outils sont dotées de protections et s'est, dès lors, interrogé sur l'intérêt de la procédure fixée par le code du travail.

Une telle interrogation ne fait que corroborer l'urgence qu'il y a, selon la Cour, à mieux préciser la nature et l'étendue des activités de la médecine scolaire, au regard de l'écart profond qui existe, à ce jour, entre les ambitions visées et les résultats constatés.

C - Enquête intersyndicale sur l'évolution des activités

Il n'existe pas d'étude de la DEPP sur les activités des médecins de l'éducation nationale. La seule actuellement disponible a été mise en œuvre par les syndicats de médecins. Cette enquête menée en juin 2010 constate ainsi que « *depuis l'année 2003-2004, il n'existe*

plus de recueil exhaustif de données, ni sur la santé des élèves, ni sur l'activité des médecins. »

Pour cette enquête, des questionnaires portant sur l'année scolaire 2009-2010 ont été adressés courant juin 2010 à l'ensemble des médecins par voie syndicale. Ils devaient être retournés par courriel au syndicat de leur choix, les médecins pouvant également joindre un commentaire sur leur pratique. 544 questionnaires rendus anonymes ont été retournés, soit un taux de participation de 34,5%, avec des écarts importants allant de 2,7% à 100% selon les académies. L'effectif scolaire représenté par cette enquête est de 3 139 156 élèves, soit 31,5% des élèves scolarisés. Cette participation d'un tiers environ de l'effectif national des médecins amène à une certaine prudence quant à l'interprétation des résultats.

Sous cette réserve, cette enquête présente l'intérêt de procéder à des comparaisons des données recueillies avec celles figurant dans les « *bilans des actions individuelles et collectives menées en faveur des élèves par les assistants de service social, les infirmiers et les médecins* » des années 2000-2001, 2001-2002, 2002-2003 publiés par la DGESCO. Les rédacteurs de la synthèse de l'enquête soulignent qu'il ne semble pas y avoir d'autres données diffusées à compter de 2004.

Cette enquête dont les résultats ont été mis en ligne sur les sites des syndicats, fait apparaître **de nombreuses disparités territoriales aussi bien dans la réalisation des priorités que dans les effectifs d'élèves confiés aux médecins**. Selon ces données, moins de 50% des élèves des tranches d'âge concernées bénéficient des bilans médicaux obligatoires. L'enquête met également en lumière l'augmentation de l'activité des médecins en direction de publics spécifiques (accueil des élèves relevant du handicap ou porteurs de maladies chroniques), ainsi que les examens à la demande concernant les enfants dépistés. Elle révèle « *un hiatus entre les sollicitations des médecins de l'éducation nationale (vaccination, violence à l'école, contraception...) et la réalisation des missions attendues* » car « *la diminution constante du nombre de médecins de l'éducation nationale rend de plus en plus difficile l'exercice de cette profession auprès des élèves. De nombreux aménagements voient le jour à différents échelons territoriaux, sans pour autant répondre efficacement aux besoins des élèves, ni aux interrogations des médecins et autres professionnels ; il s'agit le plus souvent d'une gestion de pénurie* ».

En moyenne, les secteurs d'intervention des médecins représentent 7 800 élèves pour un équivalent temps plein. 11,34% des médecins ont un secteur supérieur à 9 000 élèves, avec parmi eux plus de 90% de titulaires, dont plus de la moitié a la charge d'un secteur vacant où ils n'interviennent que pour les seules urgences. L'enquête souligne qu'« *en six ans, le nombre des médecins de l'Education nationale a chuté de*

façon spectaculaire », ce qui explique que « le secteur d'un médecin de l'Education nationale aurait en moyenne augmenté d'environ 38% depuis 2004. »

Un équivalent temps plein de médecin voit par année 1 061 élèves de son secteur, soit 13,6% de l'effectif scolaire concerné. Pour le bilan de six ans, les médecins ont réalisé 100 853 examens médicaux, correspondant à un taux de 49% sur leur secteur, avec des écarts entre académies allant de 19% à 87%. Ces données font apparaître une forte dégradation par rapport aux taux observés au début de la décennie 2000 qui avait été marquée par une couverture croissante de la tranche d'âge concernée (62% en 1998 ; 88% en 2002).

Le bilan de santé du cycle 3 en zone d'éducation prioritaire est réalisé pour seulement 9% des élèves, avec des écarts entre académies allant de 0,1 à 51%. Au début de la décennie 2000, ce taux se situait à environ 70%. L'enquête conclut que *« la réalisation de l'ensemble de ces bilans de santé témoigne globalement d'une couverture faible sur les populations concernées et d'une diminution importante. En tout état de cause, il existe une iniquité dans l'accès à ces bilans de santé puisqu'ils sont réalisés non pas en direction des populations prioritaires mais là où intervient un médecin de l'éducation nationale. »*

Au regard de ces éléments, l'enquête estime que « la stratégie des bilans de santé doit donc être interrogée sur :

- *la population concernée ; faut-il poursuivre la stratégie des bilans médicaux systématiques ou plutôt réfléchir à une organisation permettant un examen médical systématiquement proposable aux élèves préalablement repérés par l'enseignant, la PMI, l'infirmier de l'éducation nationale... ;*
- *le contenu de cette visite (généraliste ou centré sur des objectifs) ;*
- *l'organisation des services permettant une complémentarité d'actions entre notamment les médecins et les personnels infirmiers ;*
- *les possibilités diagnostiques et de prises en charge thérapeutiques locales ;*
- *la continuité dans la prise en charge au cours de la scolarité des élèves. »*

Les élèves signalés ou dépistés ont justifié 95 229 examens médicaux à la demande, soit 240 élèves en moyenne pour un équivalent temps plein de médecin. Ils représentent 3,1% des élèves vus par secteur,

avec des variations académiques allant de 1 à 4%, à l'exception de Paris où la proportion atteint 8 %. Ces données montrent également une diminution qui s'est amorcée dès le début de la décennie 2000 : 6,5% en 2001-2002 ; 4% en 2002-2003. L'enquête note que « *ces visites médicales s'adressaient à des publics spécifiques comme les élèves fréquentant des établissements dispensant des enseignements généraux et professionnels adaptés (EREA et SEGPA), des dispositifs pour non francophones. On peut donc s'interroger sur la persistance de l'accès à ces visites pour ces populations.* » Elle souligne que « *comme pour les bilans médicaux systématiques et obligatoires, la diminution de l'effectif d'élèves pouvant bénéficier d'un examen médical à la demande est en relation directe avec la diminution du nombre de médecins de l'éducation nationale.* » Elle rappelle également que les situations complexes peuvent nécessiter plusieurs rencontres, des entretiens différés avec les familles, des contacts avec les partenaires ou la réalisation de courriers qui s'ajoutent au temps de travail auprès des élèves.

Les **PAI** représentent 63 691 examens médicaux. Leur nombre par équivalent temps plein de médecin est de 164, avec des chiffres homogènes sur l'ensemble des académies. Le nombre de PAI est en progression : il concernait 1,20% de l'effectif scolaire en 2001-2002 et 1,32% en 2002-2003, pour atteindre 2,03% en 2009-2010. A ce titre, les agents rencontrés par la Cour ont souligné la demande croissante des familles mais également des enseignants pour la mise en place de PAI, parfois même pour des problèmes bénins de santé ne justifiant pas un tel dispositif.

Par ailleurs, le ministère de l'éducation nationale recense **187 500 enfants scolarisés relevant du handicap**, soit environ 1,8% de la population scolaire. Les élèves handicapés suivis ont bénéficié pour 69,3% d'entre eux d'un examen médical. Le médecin a participé à une réunion éducative pour 94,3% des élèves suivis. L'enquête signale que la loi du 11 février 2005 sur le handicap a induit un investissement important des médecins en direction de ce public. En 2000-2001, 44 850 élèves avaient été examinés par des médecins scolaires, soit 0,34% des élèves scolarisés, puis en 2001-2002 61 780 élèves, soit 0,45% : l'enquête recense 38 752 élèves en 2009-2010, soit environ 1% de la population scolaire.

En ce qui concerne les **élèves des lycées professionnels, 81 068 d'entre eux** ont bénéficié d'une visite médicale en vue de la délivrance d'une dérogation aux travaux sur machines dangereuses, ce qui représente la quasi-totalité des élèves concernés. Les élèves présentant une inaptitude au sport représentent une faible part de l'activité médicale, avec 5 329 examens médicaux. S'agissant des maladies transmissibles,

l'enquête note notamment 29 situations d'infections à méningocoque et 50 de tuberculose. Enfin, chaque équivalent temps plein de médecin traite en moyenne neuf situations d'enfants en danger, soit 0,11% de l'effectif de son secteur. Parmi ces situations, 46% font l'objet d'un signalement au conseil général et 15,6% au procureur.

En définitive, cette enquête confirme les difficultés rencontrées par la médecine scolaire pour atteindre ses objectifs de suivi de l'ensemble des élèves. Elle met en lumière la montée en charge du suivi des publics spécifiques d'élèves, ce qui, du fait des difficultés de recrutement de médecins de l'éducation nationale, réduit d'autant la possibilité de mettre en œuvre les visites systématiques rendues obligatoires par la législation. Elle souligne enfin que l'accès à la médecine scolaire est moins déterminé en fonction des besoins des élèves, et notamment ceux les plus fragiles, que par la disponibilité des personnels de santé sur un territoire donné.

IV - Mesure de l'impact

Quel que soit son degré de précision, le recensement des activités des médecins et des infirmiers scolaires ne peut, à lui seul, permettre de mesurer la plus-value de la médecine scolaire, c'est-à-dire son utilité pour les jeunes générations. En effet, s'il peut renseigner sur la fréquence des tâches effectuées par les agents, il ne donne pas d'éclairages sur l'impact de ces tâches sur la santé des jeunes. Toutefois, la mesure de cet impact paraît difficile en raison des difficultés de méthode qui se posent, mais aussi de l'absence de démarche d'évaluation en ce sens.

A - Retours des avis aux familles

Un avis est adressé aux familles par les médecins de l'éducation nationale pour signaler les problèmes détectés et orienter les élèves vers une prise en charge extérieure. Il revient aux familles d'informer en retour les médecins de l'éducation nationale de l'effectivité de leur démarche. Des relances peuvent être faites aux familles n'ayant pas respecté cette procédure. Les personnels rencontrés par la Cour ont toutefois souligné que, d'une part, ces relances sont coûteuses en affranchissements et que, d'autre part, elles ne sont possibles que lorsque les secrétariats médico-scolaires fonctionnent. Sous ces réserves, on peut néanmoins considérer que le retour des avis par les familles peut constituer un indicateur éclairant de l'impact du suivi des médecins de l'éducation nationale sur le comportement des familles, et *in fine* sur la santé des élèves.

Or, le taux de retour paraît faible, ne dépassant pas les 20% selon les médecins rencontrés en cours d'enquête. Toutefois, ces derniers ont signalé que l'interprétation de ce pourcentage est délicate car leur expérience leur démontre que les familles suivent majoritairement les avis, mais souvent avec retard. Un infirmier conseiller technique de l'académie de Créteil a ainsi constaté que, pour des élèves de CM2, le taux de retour atteignait 90% plusieurs mois après l'envoi des avis. Ce conseiller technique note toutefois qu'il faudrait mener des enquêtes plus fines pour éclairer les réactions des familles face aux avis médicaux. Il a mentionné, à ce titre, le nombre croissant de parents qui, pour des raisons financières, hésitent aujourd'hui à suivre les avis médicaux, notamment pour des appareillages dentaires ou visuels ou pour des consultations coûteuses de médecins spécialistes.

B - Etat de santé des jeunes

Un autre élément d'appréciation de l'impact de la médecine scolaire est l'état de santé des jeunes. **Les médecins et experts auditionnés par la Cour ont estimé qu'environ 80% des jeunes français seraient en bonne santé physique et psychique.** Toutefois, il n'est pas avéré que la santé des jeunes dépende directement et seulement de la médecine scolaire, cette dernière n'étant qu'un acteur parmi d'autres de leur suivi médical. Sous cette réserve, les comparaisons internationales sur la santé des jeunes montrent que la situation de la France se situe dans la moyenne. En revanche, les études conduites à l'échelon national font apparaître de fortes inégalités selon les territoires ou les situations socio-économiques des familles.

S'agissant des comparaisons internationales, la Cour a tout d'abord constaté que la Commission européenne et l'OCDE n'ont pas mené d'études sur la médecine scolaire. En revanche, l'organisation mondiale de la santé a récemment publié une enquête intitulée : *La santé des élèves de 11 à 15 ans en France - Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Septembre 2008.* Cette enquête est conduite tous les quatre ans depuis 1983.

L'échantillon a porté en France sur 7 154 élèves âgés de 11 à 15 ans qui ont rempli, en mai et juin 2006, un questionnaire anonyme sous la responsabilité d'un enquêteur, infirmier ou médecin de l'éducation nationale le plus souvent. Les pays participants sont les suivants : Albanie, Allemagne, Angleterre, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Croatie, Danemark, Écosse, Espagne, Estonie, États-Unis, Macédoine, Fédération de Russie, Finlande, France, Grèce, Groenland, Hongrie,

Irlande, Islande, Israël, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pays de Galles, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Slovénie, Suède, Suisse, Turquie et Ukraine.

Pour la France, les principaux résultats de l'enquête sont les suivants :

- **Le taux de jeunes Français qui se déclarent en mauvaise santé** se situe dans la moyenne à l'âge de 11 ans, mais s'améliore par la suite proportionnellement plus dans notre pays que dans les autres. En ce qui concerne leur appréciation de la satisfaction globale qu'ils éprouvent à l'égard de leur vie, les jeunes Français sont dans la moyenne des pays participants. En revanche, le syndrome de plainte y est plus fréquent, surtout chez les filles.
- 58% des jeunes Français prennent un petit-déjeuner quotidiennement, la moyenne de tous les pays participants se situant à 53%. Concernant la consommation de fruits et légumes, la France se situe dans la moyenne supérieure pour la consommation de légumes et dans la moyenne inférieure pour les fruits. Les résultats relatifs à la consommation de sucreries et de boissons sucrées des jeunes Français sont dans la moyenne internationale, les pays nordiques affichant les consommations les plus faibles.
- La France est, avec la Suisse et la Russie, l'un des pays où la proportion de jeunes pratiquant au moins une heure d'activité physique quotidienne est la plus faible : 13,5 % contre 20 % pour la moyenne internationale. En revanche, notre pays affiche de meilleurs résultats quant à la pratique d'une activité sportive (53,7 % des adolescents français en pratiquent au moins deux heures par semaine, la moyenne internationale se situant à 51,8 %).
- La France est, après l'Italie et la Suisse, le pays où la proportion de jeunes qui regardent la télévision en moyenne plus de deux heures par jour est la plus faible : 62,3 % contre 69,6 % en moyenne internationale.
- La France se situe parmi les pays où la pratique de régimes alimentaires est la moins courante (10,4 % contre 13,8 % pour la moyenne des pays participants), les Etats-Unis étant le pays où cette pratique est la plus fréquente (22,8 %). En ce qui concerne la surcharge pondérale, la France se trouve dans la moyenne inférieure du tableau. Les chiffres les plus bas concernent les pays Baltes et, à l'inverse, les pourcentages les

plus élevés s'observent en Amérique du Nord, mais aussi à Malte avec des pourcentages d'environ 30 %.

- Les taux de jeunes déclarant avoir déjà eu des rapports sexuels, sont légèrement plus élevés que lors de la précédente enquête de 2002 (21,3 %), et sont au dessus de la moyenne des pays ayant participé à l'enquête de 2006 (26,9 % en France contre 22,6 % pour la moyenne internationale). Les jeunes Français, en 2006 comme en 2002, sont parmi ceux qui déclarent le plus utiliser un préservatif lors du dernier rapport ; ils sont en revanche dans la moyenne en ce qui concerne le recours à la pilule.
- **S'agissant du tabac, les Français occupent une place médiane.** Pour un usage quotidien à 15 ans, ils occupent la vingtième place, loin derrière les jeunes Bulgares et Autrichiens, mais largement devant les jeunes Canadiens ou Américains.
- Concernant l'alcool et l'ivresse, la France se situe dans la deuxième moitié des pays de l'échantillon. La **position française est proche de la médiane pour la plupart des alcools**, mais se situe légèrement en retrait pour l'usage de la bière. L'ivresse y est également assez peu répandue, en comparaison d'autres pays : la France se situe parmi les dix pays où l'ivresse est la moins fréquente. C'est en Europe du Nord que les niveaux d'ivresse sont les plus élevés.
- **S'agissant du cannabis et des autres drogues illicites, les taux placent en revanche notre pays parmi les plus consommateurs : à 15 ans**, la France occupe la sixième place, les trois premières places étant occupées par le Canada, l'Espagne et les Etats-Unis.

- Cycle triennal d'enquêtes sur la santé des enfants et adolescents scolarisés

Un cycle triennal d'enquêtes sur la santé des jeunes en milieu scolaire est organisé conjointement par les ministères de la santé et de l'éducation nationale, avec l'appui méthodologique de l'institut de veille sanitaire (InVS) pour les vaccinations. De 1985 à 1995, cette enquête était biennale et ne concernait que les élèves de grande section de maternelle. Elle se limitait au recueil d'informations sur les vaccinations rougeole-oreillons-rubéole, afin d'estimer la couverture vaccinale contre ces trois maladies. Une question sur la vaccination antituberculeuse a été introduite en 1997. Depuis 1999, les enquêtes de santé traitent également les troubles staturo-pondéraux, les pathologies chroniques (asthme,

troubles de la vision ou de l'audition, allergies alimentaires...), la santé buccodentaire, les troubles du langage et leur prise en charge. La population scolaire étudiée été élargie aux élèves des classes de CM2 et de troisième des établissements publics et privés sous contrat.

Ces enquêtes font l'objet de publications qui sont mises en ligne sur le site internet du ministère de la santé dans le cadre de la collection « Etudes et résultats ».

Études et résultats n°313 de juin 2004 « La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002 »

Cette enquête qui s'est déroulée en 2001-2002, fait apparaître que 14 % des enfants de CM2 ont déjà souffert d'asthme au cours de leur vie et que 9,5 % des enfants sont traités pour cette affection. 20 % des enfants de CM2 sont en surpoids et 4 % sont obèses au sens des normes internationales. La santé buccodentaire apparaît également moins bonne dans les catégories sociales les plus défavorisées. Enfin, 29 % des élèves examinés déclarent un problème de vue.

Études et résultats n°573 de mai 2007 « La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004. Premiers résultats »

Avec un adolescent sur six en surpoids (obésité incluse) en classe de troisième et des écarts allant du simple à plus du double entre les enfants de cadres et d'ouvriers non qualifiés (9,8 % contre 23,4 %), le surpoids apparaît comme un miroir des inégalités sociales. L'état de santé buccodentaire et la prise en charge des troubles sensoriels sont également des marqueurs indirects des inégalités sociales. Si globalement près de 5 % des élèves de troisième ont au moins deux dents cariées non soignées, la proportion atteint 10 % dans les collèges en éducation prioritaire. 9,3 % des adolescents déclarent avoir eu de l'asthme au cours des douze derniers mois. Le relevé des vaccinations sur le carnet de santé témoigne, notamment, d'une insuffisance de la couverture vaccinale contre l'hépatite B.

Études et résultats n°632 d'avril 2008 « La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. Premiers résultats »

En 2005, 16 % des enfants de CM2 ont un surpoids modéré et 3,7 % sont obèses. La proportion de surcharges pondérales est restée stable entre 2002 et 2005, mais les écarts se sont accrus au détriment des enfants dont le père est ouvrier par rapport à ceux dont le père est cadre. Cette accentuation des inégalités sociales est aussi illustrée par des disparités croissantes entre les élèves scolarisés en éducation prioritaire et

les autres, en ce qui concerne l'équipement en lunettes et l'appareillage dentaire. Par ailleurs, un élève de CM2 sur dix déclare avoir eu de l'asthme au cours des douze derniers mois. Enfin, seuls 74 % des élèves de CM2 ont reçu une seconde dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons, alors qu'ils étaient 95 % à avoir reçu une première dose.

- Publications de la DEPP

Au cours de la période récente, la DEPP n'a pas conduit d'enquête sur la santé des élèves, mais elle présente une synthèse des enquêtes triennales précédemment mentionnées dans son édition annuelle de *Repères et références statistiques*.

Elle a toutefois publié un article dans le numéro n°69 de sa revue Education et formation de juillet 2004 sous le titre : « L'état de santé des enfants de cinq à six ans dans les différences académies - Les disparités géographiques appréhendées au travers des bilans de santé scolaire ».

Cette étude fait le bilan de l'enquête conduite en 1999-2000 sur un échantillon de 30 000 élèves de cinq à six ans. Elle souligne **de fortes disparités géographiques dans le recours aux soins** des enfants de cette tranche d'âge (soins des caries, port de lunettes, couverture vaccinale), ainsi que dans la présence de certaines pathologies (caries, mauvaise vision, problèmes respiratoires, surpoids). Elle indique notamment une plus forte proportion d'enfants ayant des caries non soignées dans les DOM et le nord de la France. Par ailleurs, le port de lunettes est nettement moins fréquent dans le sud-est ; la couverture vaccinale contre la rougeole est moindre dans le sud de la France ; les problèmes respiratoires sont moins fréquents dans le nord-est ; enfin, la part des enfants en surpoids varie du simple au double selon les académies. Toutefois, l'analyse de ces contrastes géographiques est délicate car « *les disparités de prévalences par académie sont telles que les effets de structure des populations étudiées (démographiques, économiques, urbaines) ne peuvent expliquer qu'une faible partie de cette hétérogénéité. Ni la densité régionale de professionnels de la santé, ni la prise en compte de l'environnement socio-économique des enfants n'éclairent par exemple suffisamment les disparités régionales de caries et de troubles visuels. La prise en compte de la structure rurale ou urbaine des régions s'avère également infructueuse. Il semble donc que subsistent de très fortes disparités régionales, au-delà de celles qui découlent des écarts de niveau socio-économique des enfants et de leurs parents* ».

Comme l'a signalé la DGESCO, des éléments d'information quant à l'incidence des contextes territoriaux sur la santé des jeunes, pourront à moyens termes être fournis par l'enquête « Étude longitudinale française depuis l'enfance » (ELFE). Pilotée par l'institut national d'études démographiques (INED) et l'INSERM, cette étude, amorcée en mars 2011, consistera à suivre une cohorte de 20 000 enfants nés en 2011. Ces enfants seront suivis de leur naissance jusqu'à l'âge adulte. Le but est de comprendre comment l'environnement influe sur le développement et la santé des personnes. Les 20 000 enfants seront choisis sur la base du volontariat dans 350 maternités.

Il reste que, comme l'a précisé la DGESCO, « évaluer l'impact réel et la performance propre de la médecine scolaire en ce qui concerne la santé et la réussite des élèves est difficilement réalisable dans la mesure où il est impossible d'isoler l'impact et la performance de la seule médecine scolaire. La médecine scolaire contribue à améliorer la santé des élèves et leur réussite, mais elle n'est pas le seul facteur à rentrer en ligne de compte. Toutefois, on peut noter l'impact positif du travail de repérage et de dépistage des troubles d'apprentissage réalisés avec les enseignants pour une prise en charge précoce des éventuels troubles ou difficultés dans ce domaine ».

C - Enjeux actuels

Un dernier axe d'appréciation de l'efficacité de la médecine scolaire est l'examen de sa capacité à faire face aux nouveaux enjeux qui se posent à elle. Or, de l'avis des médecins et infirmiers rencontrés durant l'enquête, **les jeunes sont aujourd'hui confrontés à de nouvelles difficultés qui appellent des changements de priorités et de pratiques en matière de suivi médical.**¹² Une première question a trait à **la vocation de la médecine scolaire à intervenir en faveur de tous les élèves ou auprès de ceux qui en ont le plus besoin.** Les médecins rencontrés lors de l'enquête ont souligné que, de la grande section de maternelle au baccalauréat, il n'existe pas d'autre structure que la

12 Auditionnée par la Cour, une directrice d'école primaire de Seine Saint Denis a ainsi observé qu'« aujourd'hui, on est débordé par des problèmes de santé au sens large ; maintenant, l'école est obligée de se préoccuper de la santé de ses élèves, ce qui est assez nouveau. La santé est entrée à l'école ». De même, une principale de collège du Val-de-Marne a observé : « La priorité concernant l'éducation à la santé me semble absolument fondamentale et j'ai vraiment le sentiment que, lorsque qu'on liste ce que l'on fait, on a l'impression de faire beaucoup de choses, mais je crois qu'on est vraiment loin de remplir nos missions parce qu'on est un peu dépassé par un certain nombre de problématiques, et les familles encore davantage. »

médecine scolaire pour détecter des problèmes de vision et d'audition. Il est donc essentiel que la médecine scolaire joue un rôle de dépistage auprès de l'ensemble des jeunes générations. S'agissant de la protection de l'enfance, l'éducation nationale est l'un des premiers « signalants » Un autre rôle important est exercé auprès des adolescents des collèges et des lycées, les infirmiers étant à l'écoute de leurs éventuelles situations de mal-être. Enfin, la médecine scolaire est la seule à pouvoir exercer à l'intérieur de l'institution éducative et à jouer ainsi un rôle de régulation entre les préoccupations de santé des jeunes et les exigences de leur parcours scolaire.

En ce qui concerne l'impact des problèmes de santé des élèves sur les difficultés scolaires et, un collège de Vendée a indiqué qu'« *il n'y a pas de lien systématique : pour les maladies somatiques bien équilibrées (asthme, diabète...), il n'y a pas de souci scolaire. Par contre, pour tous les problèmes d'ordre psychologique, le lien est quasi systématique. Les difficultés scolaires permettent de dépister des problèmes psychologiques de l'enfant, mais l'inverse n'est pas vrai* ».

Les médecins et infirmiers rencontrés en cours d'enquête ont fait part de leurs difficultés à appréhender les **questions relatives au mal-être psychique ou aux troubles comportementaux des élèves**, alors qu'il s'agit, à leurs yeux, d'un domaine essentiel pour la réussite à l'école. **Les cas de jeunes confrontés à de telles situation seraient à la fois plus nombreux et plus difficiles**, même si, selon les experts auditionnés par la Cour, il ne convient pas forcément de « médicaliser » à outrance ce phénomène. Selon les écoles et les établissements retenus par l'enquête, 5 à 10% des jeunes seraient généralement concernés. Un lycée du Rhône a estimé cette proportion à 20% au sein de son public scolaire. Un autre lycée du même département, confronté à un contexte social difficile, a indiqué que « *l'expérience montre que sur la population du lycée, plus de la moitié des élèves sera un jour confrontée au cours de sa scolarité à une souffrance psychique* » Un médecin de l'académie d'Amiens a enfin précisé qu'au cours des années récentes, il a pu noter que les cas de souffrance psychique interviennent de plus en plus tôt et au-delà des zones socialement défavorisées.

La **prise en charge de ces situations est délicate et appelle des compétences qui dépassent visiblement la technicité médicale**. Le rapport infirmier 2007-2008 d'un collège du Maine-et-Loire indique ainsi : « *Mon domaine de compétences est amené à s'élargir vers une demande de soutien psychologique lorsque certains jeunes portent un regard très mature sur leurs parent(s) «défaillants* ». *J'entends par « défaillants » des parents qui, pour des raisons variées, traversent une dépression ou basculent dans une alcoolisation aigüe avec ou sans*

violence sur le jeune ou bien encore se désintéressent de leur enfant. Souvent le lien est momentanément rompu et mon travail consiste alors à accompagner le jeune en tentant de renforcer son estime de soi par une revalorisation et une réassurance. »

Ces perceptions de l'enjeu important que constitue la souffrance psychique des jeunes, sont corroborées par deux rapports de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), l'un de février 2003 (« *La prévention sanitaire en direction des enfants et adolescents* ») et l'autre de février 2004 (« *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques* »).

Le rapport de 2003 indique que « de l'avis des spécialistes rencontrés, mais aussi de beaucoup de praticiens de la prévention, le milieu scolaire demeure insuffisamment sensibilisé à la nécessité du bien-être des élèves. L'école française reste un lieu de compétition entre individus, renforcé par les attentes de nombreux parents : la forte valorisation de la sanction des résultats scolaires en vient à limiter l'impératif de renforcement des capacités de l'enfant, qui est la condition première d'une « bonne santé ». Le principal problème de l'institution scolaire est l'insuffisance de formation, tant initiale que continue, des maîtres en matière d'éducation et de promotion de la santé, comme de repérage des signes de la souffrance psychique. »

Le rapport de 2004 estime que « *les difficultés de relations entre éducation nationale et psychiatrie sont importantes* » et recommande de développer des formations au repérage des difficultés et d'organiser dans les établissements scolaires un partenariat interne avec le secteur psychiatrique pour que le médecin de l'éducation nationale puisse adresser les jeunes concernés à un spécialiste.

Depuis la parution de ces deux rapports, les ministères de la santé et de l'éducation nationale ont cosigné le 18 octobre 2005 une circulaire installant un partenariat sur le sujet de la santé mentale, en vue d'améliorer le repérage et la prise en charge des signes de souffrances psychiques. Les actions menées dans ce cadre sont notamment :

- la rédaction d'un référentiel d'observation à l'usage des médecins, pour le repérage précoce des manifestations de souffrance psychique et des troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent ;
- l'organisation de formations au niveau régional et académique à destination des médecins de première ligne (pédiatres, médecins de PMI. et médecins de l'éducation nationale).

Il reste, malgré ces actions, **des zones d'incertitudes sur l'articulation entre les médecins scolaires et les intervenants du**

domaine de la santé mentale, comme le montre le cas des centres médico-psychologiques (CMP) et des centres médico-psychopédagogiques (CMPP). Ces centres constituent des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert qui organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile en direction des jeunes. La DGESCO a déclaré à la Cour n'avoir aucune visibilité sur ces centres qui dépendent des collectivités territoriales. Elle ignore combien et où il en existe, ainsi que le nombre d'élèves en situation de souffrance psychique qui leur sont confiés. Les agents rencontrés par la Cour ont, pour leur part, mis l'accent sur **les délais importants (souvent plusieurs mois) pour que les jeunes puissent être pris en charge par les centres concernés**. Des médecins de l'académie d'Amiens qui ont été auditionnés par la Cour ont souligné l'intérêt de la mise en place de « maisons des adolescents » où les jeunes confrontés à une situation de mal-être peuvent être rapidement pris en charge et orientés vers les structures à visée thérapeutique.

Un autre enjeu actuel de la médecine scolaire réside dans les **difficultés économiques de certaines familles** qui constituent un facteur important de mal-être des jeunes mais également des situations d'échec scolaire : les personnels en font le constat, sans toutefois avoir prise sur de telles situations. Un lycée du Rhône a ainsi indiqué : « *Nous trouvons que les difficultés scolaires sont plus liées aux problèmes socio-économiques qu'à la santé des élèves* ». Le rapport d'activité 2008-2009 de l'infirmier d'un lycée de la Sarthe mentionne qu'« *au vu des statistiques et du ressenti lors de nos pratiques infirmières, nous constatons une nette augmentation des passages, une augmentation sensible des prises en charge en écoute et ou en accompagnement. Il apparaît de nombreuses difficultés pour les jeunes liées à l'évolution de notre société (carences éducatives et sociales, chômage, difficultés financières...)* ». Le rapport infirmier pour 2007-2008 d'un collègue du Maine-et-Loire indique également : « *Je constate comme l'an passé que les familles en situation précaire sont celles dont les enfants ne bénéficient pas d'un bon suivi médical. L'accès aux soins reste pour beaucoup difficile et notamment l'avance des frais occasionnés par les soins dentaires ou les lunettes qui restent mal remboursés* »¹³.

13 Lors des auditions organisées par la Cour, une directrice d'école primaire en Seine Saint Denis a déclaré : « Dans certaines zones précaires, les enfants ont un suivi sanitaire aléatoire, ce qui nécessite qu'une prévention se mette en place. Je vous donne un exemple assez concret : nous avons été confrontés à une épidémie de rougeole importante, ce qui a permis de voir, grâce au déclenchement du protocole qui va de pair avec la déclaration de la rougeole, que le suivi n'était pas aussi efficace que cela. Le médecin scolaire a pu constater qu'une partie de la population scolaire avait échappé à des rappels. Par ailleurs, il y a une nécessité des dépistages précoces, des

La situation économique des familles peut enfin avoir des conséquences sur le traitement des troubles des apprentissages détectés par la médecine scolaire, le rapport d'activité médicale du Maine-et-Loire pour 2009-2010 indique ainsi : « *Le diagnostic de dyslexie ne peut théoriquement être affirmé que si l'élève a été évalué par un test de QI. Or ce test n'est pas toujours possible dans le secteur public et si on l'envisage en secteur libéral, c'est onéreux.* »

V - Impact de la prévention et de l'éducation à la santé

Les pratiques des établissements en matière d'éducation à la santé s'avèrent mieux connues du ministère que ne le sont les activités médicales proprement dites des personnels de santé scolaire. A la demande de la DGESCO, la DEPP a ainsi lancé une étude sur la politique éducative de santé des établissements du second degré au cours de l'année 2008-2009, dans les domaines de l'éducation nutritionnelle, de l'éducation à la sexualité, de la formation aux premiers secours et de la prévention des conduites à risque.

Cette enquête s'est fondée sur des questionnaires diffusés auprès de 1 200 établissements publics du second degré, dont 12 % relevant de l'éducation prioritaire. Le taux de réponse a été de 85 %.

L'exploitation des réponses fait apparaître que **88 % des établissements déclarent que leur CESC est opérationnel, ce taux atteignant 80 % dans l'éducation prioritaire**. Les projets d'éducation à la santé mis en œuvre en dehors des enseignements concernent majoritairement les conduites addictives (dans 96% des cas) et l'éducation sexuelle (94%). Quant aux actions intégrées aux enseignements, elles concernent le plus souvent l'éducation sexuelle (49 %), la nutrition (47 %) et la responsabilité face aux risques (30%). Les actions spécifiques d'éducation à la sexualité sont surtout proposées en lycée d'enseignement général et technologique (82 %, contre 72 % au collège), tandis que celles d'éducation nutritionnelle le sont davantage au collège (57%, contre 35% en lycée d'enseignement général et technologique). Les établissements de l'éducation prioritaire proposent moins que les autres des actions d'éducation à la responsabilité face aux

déficits sensoriels, on rencontre encore des enfants qui ont des déficits sensoriels et qui sont dépistés tardivement. Enfin, il y'a toute une partie de la population qui échappe à des dispositifs systématiques ou qui, pour de nombreuses raisons, n'y a pas accès non plus ».

risques et de prévention des conduites addictives (74 %, contre 85 %). C'est au collège et en éducation prioritaire que les élèves ont le plus souvent accès aux formations d'éducation à la sexualité. La fréquence d'accès des élèves aux actions d'éducation nutritionnelle est la suivante : 78% pour la formation sur l'alimentation (plus particulièrement au collège et en éducation prioritaire), 58% pour l'obésité, et 58% également pour l'activité physique.

Les élèves ont accès au moins une fois dans leur cursus à des formations sur les infections sexuellement transmissibles (97%), sur la contraception (96%) et sur le SIDA (95%). En moyenne, 75 % des élèves reçoivent un apprentissage aux gestes de premier secours. S'agissant de la prévention des conduites à risque, les élèves ont accès à au moins une action de formation dans 80% des cas (alcool, drogue, tabac).

Les effets des projets d'éducation à la santé sur le fonctionnement des établissements sont jugés positifs dans 70% des cas en ce qui concerne la fréquentation de l'infirmerie, le climat et l'image de l'établissement, les relations avec le monde associatif et la dynamique de l'établissement. Toutefois, l'impact serait moindre en ce qui concerne les relations avec les parents (50 %), notamment en lycée professionnel. Les effets du projet d'éducation à la santé sur les élèves sont jugés positifs (70 %) en ce qui concerne les relations avec les adultes de l'établissement, les relations filles/garçons et le comportement des élèves. Enfin, dans 20% des cas, les organisateurs des projets de santé, qui sont généralement des infirmiers, attendent une plus forte mobilisation des équipes enseignantes.

Cette enquête appelle les observations suivantes.

Comme l'ont montré les analyses des projets d'éducation mis en œuvre à l'échelon des établissements, ce domaine de la santé scolaire donne lieu à de multiples projets. Dans le seul département du Val-de-Marne, 752 projets d'éducation à la santé et 2 786 actions d'information ont été mise en œuvre en 2008-2009, dont 55% en collège et 22 % en lycée professionnel. En tout, 60 907 élèves les ont suivis.

Or, les dispositifs d'évaluation de ces démarches paraissent généralement davantage orientés vers le bon déroulement des actions ou l'intérêt ressenti, que sur une mesure de la modification du comportement des élèves qui en ont bénéficié. A ce titre, l'inspection académique de Loire-Atlantique a signalé que « *les séances d'éducation à la santé sont pour la plupart reconduites d'une année sur l'autre* », ce qui semble dénoter un faible souci de mesurer l'effet induit par ces actions et de les sélectionner en fonction de leur impact, qui est difficile à mesurer. Dans son rapport 2007-2008, l'infirmière d'un collège du Maine-et-Loire

s'interroge dans les termes suivants sur les effets d'un projet théâtral qu'elle a mis en œuvre sur le thème des addictions : « *c'est une expérience enrichissante pour eux, mais il est difficile d'en évaluer la portée dans les années futures* ».

Les tentatives de mesure des changements de comportement des jeunes formés ou informés semblent rares. On peut néanmoins citer la « *journée sans tabac* » mise en place dans l'académie de Créteil sur la base d'une convention avec le Comité régional d'éducation pour la santé d'Ile-de-France (CRESIF). Il est apparu que les lycéens qui ont arrêté de fumer étaient plus nombreux parmi ceux ayant participé aux activités d'un stand « *testeur* » démontrant les effets nocifs du tabac. On peut également relever un courrier de la direction de la PMI du Val-de-Marne adressé en juin 2009 aux parents d'élèves ayant suivi un atelier « *manger mieux, bouger plus* » organisé par le conseil général : ce courrier visait à connaître le poids et la taille des enfants avant et un an après cette animation, ces données étant recueillies par les infirmiers de l'éducation nationale.

Au-delà de ces démarches certes ponctuelles mais certainement très importantes pour l'éducation à la santé des jeunes générations, il reste que la mesure de l'impact de l'éducation à la santé sur les jeunes ne constitue pas une priorité, alors qu'elle devrait orienter les politiques dans ce domaine, Or, un tel constat avait déjà été fait, en 2004, par un rapport commun de l'IGAS et de l'IGEN intitulé « *Evaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège* ». Ce rapport signalait déjà que « *la mission a pu constater l'abondance, depuis cinq ans, de circulaires centrées sur des objectifs convergents, voire similaires. En contrepartie, la traduction de ces objectifs en actions concrètes et durables reste l'exception* » ; « *les actions en milieu scolaire sont extrêmement disparates, très fréquemment ponctuelles mais souvent aussi de facto absentes* » ; « *les formations initiales des personnels de l'éducation nationale ne préparent pas ceux-ci (à l'exception des personnels médicaux et sociaux) à comprendre les enjeux de l'éducation la santé, ni d'ailleurs au développement psychoaffectif et comportemental des enfants et des adolescents auprès desquels ils enseignent. Peu de formations continues sont dès lors organisées et suivies dans le champ de l'éducation à la santé.* ».¹⁴

14 S'agissant des préconisations, ce rapport estimait qu'il fallait redéfinir un pilotage simple et cohérent de l'éducation à la santé. Il suggérait une véritable inscription de la promotion de la santé dans les projets académiques, avec des déclinaisons au niveau départemental et dans les projets d'école et d'établissement, cette démarche devant être impulsée dans le cadre d'une politique nationale fixant des objectifs cohérents, lisibles et facilement déclinables pour chacun des niveaux de responsabilité. Des

Interrogée sur les projets en cours pour mesurer l'impact des actions en faveur de la santé des élèves, la DGESCO a indiqué que, dans le domaine spécifique de la prévention des conduites addictives, le ministère de l'éducation nationale est associé au projet « ReLIONPreDIL » (Recensement Local d'Indicateurs pour l'Observation Nationale des actions de Prévention liées aux Drogues Illicites et Licites) qui est piloté par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Après une brève phase de test, l'enquête sera lancée dans une région pilote qui restait à déterminer au moment de l'enquête de la Cour. L'extension de l'enquête pourrait être proposée à partir de fin 2011-2012. Selon la réponse de la DGESCO, l'intérêt d'une telle enquête revêt trois dimensions :

- une dimension d'échanges intersectoriels, propre à établir de meilleures synergies ;
- un repérage des bonnes pratiques et une capitalisation possible des données ;
- une dimension évaluative : « *La démonstration de l'impact des mesures de prévention est par nature complexe. Cette complexité est accentuée par la multiplicité des acteurs intervenants dans le champ scolaire en particulier. Néanmoins le parallèle établi entre un tableau national des actions réalisées (effectivité) et de l'évolution des usages chez des publics donnés (jeunes scolarisés) pourrait fournir un premier niveau d'appréhension de l'impact (efficacité) de la prévention* ».

Enfin le ministère de la santé a, pour sa part, estimé que, si des outils pour l'évaluation de l'intervention en santé publique existent, « *une piste serait de renforcer la formation des médecins scolaires à l'EHESP sur ce sujet* ».

indicateurs pertinents d'expertise scientifique et d'évaluation pédagogique devaient être également retenus. Le rapport recommandait également une reconnaissance de la santé scolaire comme une activité à part entière de l'école et une dimension de la formation des personnels éducatifs. Il préconisait, à ce titre, de définir par voie réglementaire un cadre horaire minimum pour chaque élève au collège et au lycée, garantissant la faisabilité de la mise en œuvre d'actions d'éducation à la santé ; d'officialiser un temps collectif de travail collégial, réunissant les différentes catégories de personnels (enseignants, personnels de direction, ^{d'éducation et médico-sociaux}), afin d'articuler au mieux les activités d'enseignement, de vie scolaire ainsi que les apports d'intervenants extérieurs ; enfin, d'intégrer l'éducation à la santé dans la formation initiale et continue des personnels de l'éducation nationale et dégager un temps spécifique pour cette action éducative.

La Cour partage une telle analyse et, plus généralement, souligne tout l'intérêt qu'il y a à développer des démarches d'évaluation en matière d'éducation à la santé afin d'avoir une approche plus sélective et plus formalisée des projets mis en œuvre en direction des élèves. Elle souligne tout autant l'importance de telles démarches qui doivent permettre d'identifier, de valoriser et surtout de diffuser les bonnes pratiques en matière d'éducation à la santé.

Conclusions et orientations

Au cours de son enquête et de ses échanges avec les responsables ministériels, mais également de nombreux agents, la Cour a pu prendre la mesure de **l'enjeu central que constitue la médecine scolaire**. Cette dernière se situe, en effet, aux confins de trois questions fondamentales pour l'avenir de notre société : la jeunesse, l'école, et la santé.

Force est pourtant de constater que **les activités de la médecine scolaire ne sont que très faiblement connues**. A la différence d'autres secteurs du système scolaire, ces activités n'ont pas fait l'objet d'études approfondies et régulières. Recensées de façon éparse et lacunaire, elles ne permettent pas de donner la visibilité nécessaire aux personnels qui les mettent en œuvre. Ces derniers éprouvent non sans raison le sentiment que leur activité est ni vraiment reconnue ni suffisamment valorisée. Ce sentiment est d'autant plus justifié qu'ils doivent assumer jour après jour des responsabilités multiples : donner des premiers soins, assurer un suivi systématique de la santé des élèves, contribuer à la scolarisation de ceux qui sont confrontés à une situation de handicap ou à des troubles de santé, promouvoir une éducation à la santé.

Cette aspiration à plus de visibilité et de reconnaissance paraît d'autant plus légitime que, tout au long de ses investigations, la Cour a rencontré des médecins et des infirmiers de l'éducation nationale fortement motivés, aimant leur métier et soucieux de répondre aux besoins multiples des élèves : être à leur écoute, percevoir leur mal-être physique ou psychique, repérer les cas de détresse, sensibiliser les familles et savoir les orienter vers les structures et les interlocuteurs extérieurs qui pourront apporter des réponses adaptées. Ces professionnels font également observer que dans certains quartiers urbains ou territoires ruraux, ils sont parfois le seul contact que les élèves et leurs familles ont avec le monde de la santé.

Dès lors, le premier constat de la Cour est que **le réseau des médecins et infirmières scolaires est un capital de tout premier plan qu'il faut valoriser en tirant le meilleur parti, non seulement de la connaissance qu'ils peuvent avoir de l'état sanitaire et psychique des jeunes, mais plus encore de leur capacité à identifier à temps leurs difficultés et leurs troubles d'apprentissage**. Comme l'observait avec justesse un professeur associé de l'université Paris V, *« les médecins scolaires sont les seuls à pouvoir observer sur une longue période entre cinq et quinze une population aussi nombreuse et importante pour l'avenir de la nation »*.

Cette indispensable valorisation du réseau des médecins et infirmiers scolaires serait pour les intéressés « porteuse de sens » car, au-delà de leur reconnaissance, **les médecins et les infirmiers de l'éducation nationale aspirent à voir leurs multiples activités redéfinies et inscrites dans un cadre qui soit, à la fois, plus clair et plus construit.** Au fil des ans, leurs missions se sont diversifiées, si bien qu'elles ont perdu en lisibilité. Les priorités, si tant est qu'elles aient été réellement explicitées, se sont estompées face à l'accumulation des tâches. Sur le terrain, les professionnels de santé doivent faire face aux besoins des élèves qui ont évolué, notamment avec une montée en charge des situations de mal-être, la fragilisation des liens familiaux et sociaux, un accès inégal aux soins ou la précarité sociale et économique.

Face à cette demande multiforme, comment donner un sens à cette action et la remettre en cohérence et en perspective par rapport à des enjeux collectifs ? Ce questionnement n'a pas seulement trait à l'organisation quotidienne des tâches des médecins et infirmiers de l'éducation nationale. Il n'est pas non plus réductible à la seule interrogation sur l'adéquation entre les tâches à accomplir et les moyens disponibles, même si, à l'évidence, la présence de la médecine scolaire est insuffisante sur certains territoires et si des efforts doivent être accomplis pour en améliorer les conditions matérielles d'exercice. Cette interrogation invite à réfléchir au dispositif qui permettrait, du fait de ses objectifs, de son organisation, de son animation et de sa capacité d'évaluation, de mieux situer l'action des médecins et des infirmiers de l'éducation nationale par rapport aux grands enjeux de la santé en milieu éducatif. Pour le dire en termes simples, ce réseau ne pourra être valorisé que s'il est animé, stimulé, coordonné et évalué.

Au regard de ces nécessités d'évolution, la Cour s'est, tout d'abord, interrogée sur **la raison d'être de l'organisation de la médecine scolaire française, au regard des choix opérés par d'autres pays comparables.** En effet, nombre d'entre eux ne disposent pas de fonctionnaires dédiés à cette fonction et recourent à des médecins du secteur privé qui interviennent dans les établissements scolaires, ou enfin laissent aux familles le soin du suivi médical des élèves. Elle s'est également posé **la question de la place et du rôle de la médecine scolaire dans le cadre plus large des politiques de santé publique,** dans la mesure où elle est chargée, à la fois, de contribuer à la réussite scolaire des élèves mais également de veiller à leur état de santé à des âges cruciaux pour le développement de l'individu. Cependant, au terme de son instruction et des auditions qu'elle a menées, la Cour considère en définitive que, **si une meilleure articulation peut et doit être trouvée au sein du système français de santé publique, l'organisation et le positionnement actuel de la médecine scolaire française présentent**

L'intérêt remarquable d'assurer un suivi médical obligatoire au sein de l'institution scolaire, tout en prenant en considération ses objectifs éducatifs qu'elle connaît de façon très précise : sans même évoquer la nécessité d'assurer l'égalité des chances, dont l'objectif est rappelé par le premier article du code de l'éducation, ou sans même prendre en compte le coût plus élevé que représenterait, à prestations égales, un système de vacances généralisées, aucun autre mode d'organisation n'est aujourd'hui en mesure d'offrir une alternative en assurant cette mission dans les mêmes conditions.

Aussi, comment valoriser et animer le réseau de la médecine scolaire, comment le faire fonctionner de manière plus efficiente et plus efficace, telles sont les deux questions que le présent rapport pose au Parlement et au Gouvernement. La réponse n'est pas seulement technique, elle est fondamentalement politique en ce qu'elle exige des choix clairs pour fixer l'enjeu politique et social, apprécier les besoins réels, déterminer les objectifs, allouer les moyens, animer le réseau et son fonctionnement dans la diversité des territoires, reconnaître la valeur ajoutée et rendre plus attractifs les métiers. Bref, créer les conditions pour que la santé scolaire devienne une politique publique à part entière.

Au terme de ses investigations et d'une longue série de près de trente heures d'auditions, la Cour observe, en effet, qu'à ce jour ces conditions ne sont pas réunies. En témoigne l'écart profond qui existe entre les objectifs ambitieux assignés à ce domaine d'activité et la réalité de ses résultats. En effet, si la médecine scolaire est censée assurer, à la fois, un suivi médical obligatoire de l'ensemble des élèves à des âges donnés, diffuser auprès d'eux une éducation à la santé, mais également aider ceux qui, au cours de leur parcours scolaire, sont confrontés à des problèmes de santé ou des situations de handicap, force est de constater que ces objectifs ne sont pas atteints. Les données statistiques disponibles font même apparaître une dégradation des résultats obtenus au cours de la période récente, tout particulièrement en ce qui concerne les visites médicales obligatoires. Par ailleurs, l'offre en médecine scolaire est répartie de façon inégale à l'échelon territorial, si bien qu'elle ne répond ni aux objectifs de suivi systématique des jeunes générations, ni aux besoins des élèves qui auraient le plus besoin d'une prise en charge spécifique.

C'est au regard de ces nécessités d'évolution que la Cour identifie sept orientations qui appellent des décisions de la part des pouvoirs publics pour que la médecine scolaire constitue désormais une véritable politique publique.

I - Les objectifs de la médecine scolaire

Comme toute politique publique, la médecine scolaire suppose que des objectifs soient définis, que des moyens soient alloués en fonction de ces objectifs, et que les résultats de ces allocations de moyens soient évalués. Au cas d'espèce, ces trois points soulèvent tous des difficultés, mais de degrés divers.

Tous les médecins et infirmiers rencontrés par la Cour s'accordent pour constater que les objectifs, en répondant à des demandes sociétales multiples et à des exigences sans cesse renouvelées des pouvoirs publics, se sont accumulés avec le temps en devenant trop nombreux, ce qui ne permet plus de dégager de réelles priorités, dès lors que tout est devenu prioritaire. L'exemple du seul indicateur officiellement associé à cette politique - le taux de visites médicales à l'âge 6 ans - est à cet égard révélateur, puisque le niveau de son taux d'exécution, proche de 65% pour une cible de 100%, démontre à lui seul que cet objectif considéré comme emblématique de cette politique ne constitue pas, de fait, une réelle priorité.

De même, l'énoncé des objectifs par les circulaires fixant les missions des médecins et des infirmières scolaires atteint une dimension qui défie toute capacité de mise en œuvre à un échelon individuel. Dans cette perspective, l'affirmation formelle par le ministère, en réponse à la Cour, qu'il n'y a pas de hiérarchie entre le suivi de la santé des élèves et l'éducation à la santé, ni entre l'approche individuelle (le handicap, par exemple) et l'approche collective (la formation aux risques des conduites addictives, par exemple), ne peut que s'accompagner de l'affirmation simultanée selon laquelle il existe toutefois une « *priorisation nationale des tâches en fonction des circonstances conjoncturelles* », notamment à travers les circulaires ministérielles, ce qui amène à la nécessité de s'orienter vers « *le ciblage d'objectifs relevant du domaine scolaire* » et concernant « *des publics prioritaires* ».

Dans ce contexte imprécis, la politique de médecine scolaire ne peut que s'épuiser à poursuivre des objectifs dont le nombre est déconnecté de la réalité du terrain et des moyens pouvant être mis en œuvre, quand bien même ceux-ci seraient considérablement augmentés. La détermination des priorités au niveau académique ou infra-académique, que le ministère évoque par ailleurs, ne saurait constituer non plus à elle seule une réponse satisfaisante. Les personnels soulignent que les priorités formulées au niveau académique n'échappent pas au

risque de paraphraser les priorités nationales, sans pour autant mieux les hiérarchiser, ni réguler leurs activités qui sont avant tout soumises à la pression des multiples interventions de caractère obligatoire à mettre en œuvre au quotidien. Dans ces conditions, il est inévitable que certains objectifs jouent le rôle de variables d'ajustement. Ainsi, contrairement aux prescriptions officielles, les missions relatives à l'éducation à la santé apparaissent-elles inégalement effectuées selon les territoires.

Toutefois, si chacun convient qu'une hiérarchisation des priorités est nécessaire, il n'existe pas de consensus sur les critères qui devraient la définir. A ce titre, la prise en compte prioritaire des caractéristiques de certaines populations, de certains territoires ou de certaines pathologies n'est pas considérée comme une démarche pertinente par les personnels rencontrés par la Cour, car ils estiment qu'elle risquerait d'entraîner l'exclusion d'autres besoins qui doivent être également traités. De même, personne n'envisage - si ce n'est sous la contrainte des autres priorités - de déléguer totalement aux enseignants ou à des intervenants extérieurs la mission d'éducation à la santé. Enfin, l'ensemble des agents auditionnés par la Cour souligne le caractère très partiel et même déformant de la prise en compte du seul indicateur des visites médicales à l'âge de 6 ans pour rendre compte de leurs activités, qui s'avèrent infiniment plus variées et plus riches.

Dès lors, compte tenu de ce constat d'une contradiction entre la conviction partagée de la nécessité d'une hiérarchisation des priorités et l'incapacité actuelle d'y parvenir, une réflexion doit s'engager au niveau national pour déterminer des objectifs assortis d'indicateurs précis qui devront recouvrir les principaux aspects de cette politique : les dépistages obligatoires, le suivi des élèves handicapés, l'accompagnement des élèves souffrant de pathologies, l'adaptation des élèves à l'enseignement professionnel, l'éducation à la santé, etc.... Le choix de ces indicateurs et la fixation du niveau de leur cible ne pourront qu'exprimer *de facto* la hiérarchisation souhaitée des objectifs.

II - L'appréciation des besoins des élèves en matière de médecine scolaire

Les besoins des élèves ne sont pas connus de façon suffisamment fiable et précise, que ce soit au niveau national ou régional. En effet, ils sont le plus souvent confondus avec les activités des professionnels de santé, ce qui suppose - de façon inévitablement inexacte - que celles-ci recouvrent précisément tous les besoins. Ils font l'objet d'approches

souvent trop globales pour porter de façon objective une appréciation des moyens nécessaires et justifier leur allocation.

Cette question est d'autant plus délicate que la politique de la médecine scolaire est confrontée, selon l'ensemble des agents auditionnés par la Cour, à l'expression de besoins croissants, tant sur le plan du suivi médical que de l'éducation à la santé. Cette politique publique apparaît en outre de moins en moins autonome : elle est soumise à des prescriptions extérieures diverses (circulaires ministérielles, demandes des familles, décisions des MDPH,...) et à une extension constante du champ d'intervention des professionnels de santé, notamment en ce qui concerne les difficultés comportementales ou les souffrances psychologiques.

Toutefois, si ce constat d'une augmentation de la demande est partagé par la totalité des intervenants, ceux-ci estiment également qu'il n'est pas possible, ne serait-ce que pour des raisons déontologiques, d'envisager à leur niveau quelque forme que ce soit de régulation : tout au plus certains d'entre eux évoquent-ils l'intérêt que présenteraient un contrôle plus exigeant des demandes de PAI ou bien une réflexion sur l'utilité de maintenir l'obligation de vérification de l'aptitude au travail sur machines dangereuses (*Cf. supra*).

Dans ces conditions, la question du mode d'allocation des moyens revêt une acuité particulière. Il serait ainsi pertinent que, conformément à une orientation esquissée par la DGESCO au terme de l'enquête de la Cour, les méthodes de répartition des moyens employées au niveau académique soient profondément revues afin d'éviter que l'application de critères trop fortement différenciés aboutisse à créer ou à renforcer des inégalités territoriales. Mais, plus fondamentalement encore, il s'agit d'aller bien au-delà des critères de répartition évoqués par la DGESCO, qui présentent tous la particularité d'être étrangers à la santé des élèves (effectifs, zones rurales ou urbaines, nombre d'établissements,...). La répartition des moyens devrait se fonder avant tout sur une appréciation « locale » des besoins des élèves, afin d'équilibrer l'allocation des moyens disponibles de façon conforme aux objectifs de la politique mise en œuvre. Ce sont les professionnels de santé en charge de la médecine scolaire - et non les responsables administratifs des services centraux ou déconcentrés - qui sont les plus à même de déterminer ces besoins en fonction des critères sanitaires disponibles, issus par exemple des données des observatoires régionaux de la santé. Cette approche serait en outre la seule qui permettrait aussi de mettre fin à la situation méconnue et contraire au principe d'égalité de traitement entre l'enseignement public et privé sous contrat, alors même que les besoins des élèves de l'un et de l'autre ne sont ni précisément connus, ni évalués.

Au delà de cette approche fondée sur l'appréciation des besoins, un choix de nature politique devra être effectué : soit on décide qu'en dépit de la situation décrite dans le présent rapport, la politique de promotion de la santé scolaire doit être menée à moyens constants : alors un redéploiement devra être opéré vers les territoires et les publics dont les besoins sont les moins bien couverts ; mais si, en revanche, les pouvoirs publics ont l'ambition de refonder cette politique en l'appuyant sur des moyens accrus, ceux-ci devront être affectés en fonction des besoins jugés les plus importants.

III - Le renforcement du pilotage de la médecine scolaire

Le rattachement actuel de la médecine scolaire au ministère de l'éducation nationale n'est contesté ni, dans leur grande majorité, par les personnels, ni par les responsables du ministère de la santé. Conformément à la logique de ce rattachement, cette politique est avant tout considérée comme une politique d'appui aux politiques scolaires, et non seulement comme la variante d'une politique de santé publique : ses objectifs sont définis par l'institution scolaire et elle prend en charge l'élève, non dans sa globalité - ce que la direction générale de la santé souligne, tout en le regrettant -, mais dans sa capacité à réussir les apprentissages fixés par l'institution scolaire, notamment à travers la notion de socle commun de compétences et de connaissances, qui englobe, en particulier, l'éducation à la santé.

Bien que la promotion de la santé des élèves soit directement reliée à l'objectif général de l'égalité des chances, cité dans le premier article du code de l'éducation, la médecine scolaire apparaît en outre « diluée » au sein des multiples responsabilités de la DGESCO. Il est ainsi caractéristique que celle-ci ait répondu à la Cour que les leviers de changement nécessaires ou les solutions alternatives possibles en matière de gestion des ressources humaines relèvent de la compétence de la DGRH du ministère, c'est-à-dire du secrétariat général, et non d'elle-même. De même, il est révélateur que la médecine scolaire soit intégrée au sein du programme 230 « vie de l'élève » qui, sans réelle cohérence, juxtapose des objectifs aussi divers que la santé scolaire, le respect de l'obligation scolaire, la lutte contre les violences à l'école, la participation aux élections des délégués lycéens, l'adhésion aux associations sportives d'établissement, et l'accompagnement des élèves handicapés.

Autrement dit, la faiblesse pour ne pas dire l'absence de pilotage de cette politique - dont attestent par exemple les carences en matière évaluative ou simplement statistique, ou bien encore l'impossibilité d'atteindre les objectifs en matière de dépistage obligatoire - constitue un frein sérieux à l'efficacité du système de médecine scolaire.

Pour autant, si le mode d'organisation actuel ne permet pas une évaluation de l'efficacité de cette politique, ni en conséquence de son efficience, le rattachement institutionnel de la médecine scolaire à l'éducation nationale se justifie par la cohérence des politiques scolaires mises en œuvre. Ainsi, l'objectif général de la réussite de tous les élèves - fixé notamment par la loi de programme pour l'avenir de l'école de 2005 - implique un traitement individualisé de l'élève par l'institution scolaire, du début jusqu'à la fin de la scolarité obligatoire. Cette démarche doit s'appliquer à toutes les dimensions de la vie de l'élève, y compris à sa santé, ce qui explique, au demeurant, que la politique de la médecine scolaire soit aujourd'hui directement coordonnée avec les autres politiques scolaires gérées par l'Etat.

En définitive, la médecine scolaire doit s'inscrire, au niveau national, dans le cadre d'une gestion suffisamment visible et individualisable. Or, celle-ci ne peut être menée si la médecine scolaire est diluée dans des politiques et des dispositifs disparates. Lors de son audition par la Cour, le directeur de la DGESCO a souligné le caractère inévitablement marginal de cette politique dans l'organisation actuelle, compte tenu de son isolement par rapport aux multiples autres enjeux des politiques scolaires. Un tel constat rend, dès lors, souhaitable une réflexion qui permettrait de donner plus de visibilité et de consistance au pilotage de la médecine scolaire. Confier la responsabilité de cette politique à une autorité médicale éminente pourrait notamment permettre d'insuffler une véritable dynamique à cette politique publique.

IV - L'organisation territoriale de la médecine scolaire

Les personnels de la médecine scolaire estiment, pour la plupart, peu pertinente une modification des règles d'organisation locale, actuellement fondées sur un rattachement hiérarchique des infirmières aux chefs d'établissement - et non aux médecins scolaires -, sur une affectation des infirmières aux établissements et aux secteurs - et non par exemple à des équipes mobiles -, et enfin sur une organisation en réseaux animés par des pairs (conseillers techniques auprès du recteur - conseillers techniques auprès des inspecteurs d'académie). Cette demande

majoritaire d'un maintien de l'organisation actuelle recouvre en fait le souhait de conserver la très forte autonomie actuelle des activités, que les agents justifient par la nécessité d'une adaptation fine aux caractéristiques locales, ce qui suppose en particulier un ancrage fort dans les établissements.

Pour autant, si les grandes lignes de l'organisation locale actuelle peuvent être maintenues afin de préserver sa souplesse et sa réactivité, le constat du relatif isolement des agents de la médecine scolaire - dont certains vont jusqu'à s'estimer « oubliés » de l'éducation nationale, selon une formule employée lors d'une audition - amène à rechercher une meilleure intégration au niveau local. A ce titre, l'enquête de la Cour a permis de constater que les personnels étaient loin de disposer systématiquement des moyens informatiques et de communication permettant des échanges nécessaires et utiles : cette condition préalable à une meilleure efficacité doit être remplie.

V - Le renforcement des liens avec les autres acteurs de la santé des jeunes

Il n'entre pas dans les compétences de la Cour de se prononcer sur le partage des missions entre l'ensemble des professionnels de santé chargés de la santé des jeunes, tant sur le plan du dépistage et du suivi médical que de l'éducation à la santé. L'enquête a toutefois fait apparaître les difficultés d'harmonisation observables au niveau national et interministériel - que soulignent, par exemple, la faible emprise du comité national de santé publique sur la détermination des missions obligatoires de la médecine scolaire ou bien les divergences entre les ministères de l'éducation nationale et de la santé sur l'approche générale de la santé scolaire ou sur le partage des rôles entre médecins et infirmières dans les stratégies de dépistage. Tous ces constats militent en faveur de la mise en œuvre d'une véritable coordination entre les ministères de l'éducation nationale et de la santé, afin de concilier une conception d'une médecine scolaire au service de la réussite des élèves et celle d'une médecine scolaire comme élément d'une politique de santé publique.

Quant aux personnels rencontrés par la Cour, tous soulignent l'importance et la nécessité d'une mise en réseau passant par une intervention active des ARS, tout en regrettant leur rôle encore limité, tenant en grande part à leur création récente. La Cour observe à cet égard que la répartition des missions des professionnels de santé, telle qu'elle sera organisée par les ARS, devra tenir compte de la spécificité de la promotion de la santé scolaire, tout en assurant une complémentarité

effective entre les différents acteurs. Les médecins et infirmières de l'éducation nationale sont, en effet, en première ligne pour constater et pour prévenir des difficultés ou des pathologies non encore décelées : leur action doit donc être mise en réseau avec celle des autres intervenants (médecins traitants, établissements de santé,...). Les ARS devront également déterminer les règles d'accès aux dossiers médicaux personnels (DMP), qui sont actuellement en phase d'expérimentation. Enfin, la question du remboursement des actes découlant des prescriptions des médecins scolaires, actuellement accepté ou non selon les caisses primaires d'assurance maladie, devra être tranchée par les autorités compétentes.

VI - L'attractivité des métiers de la médecine scolaire

La question des moyens est enfin inséparable du constat de la dégradation de l'attractivité des métiers de la médecine scolaire. Les difficultés actuelles de recrutement des médecins et infirmières de l'éducation nationale et les perspectives d'aggravation de cette situation, compte tenu des perspectives démographiques des corps concernés, rendent inévitable, si les pouvoirs publics veulent assurer la continuité des prestations données à la population scolaire, une adaptation statutaire. Cette dernière devrait se fonder sur le principe d'une comparabilité minimale avec les corps équivalents de l'ensemble des fonctions publiques (Etat, hôpitaux, collectivités territoriales), tant sur le plan des rémunérations qu'en ce qui concerne les conditions de déroulement de carrière (classement catégoriel, progression). Une telle adaptation statutaire ne peut être financée, à moyens constants, que par un redéploiement des moyens au sein de l'ensemble du ministère de l'éducation nationale.

Par ailleurs, le sentiment des personnels, exprimé très fréquemment, d'être insuffisamment reconnus dans leur activité soulève la question de la revalorisation de l'image des médecins et des infirmières scolaires. Celle-ci passe par une reconnaissance de la qualification professionnelle, tant en formation initiale que continue.

VII - L'impact de la médecine scolaire sur les élèves

A ce jour, les conditions préalables à une évaluation précise de l'impact de la médecine scolaire sur les élèves ne sont pas réunies, qu'il s'agisse du domaine du suivi médical ou de celui de l'éducation à la santé.

En effet, si des objectifs sont énumérés par les textes législatifs et réglementaires, les données disponibles sur les résultats, c'est-à-dire - par delà les statistiques d'activité des médecins et des infirmiers de l'éducation nationale - sur l'impact de cette politique, sont très partielles et insuffisamment consolidées aux différents niveaux d'observation. Mais surtout, elles sont totalement impropres à nourrir une appréciation documentée et fiable de l'efficacité de cette politique, qui *seule* permettrait notamment une comparaison avec la performance des systèmes de médecine scolaire d'autres pays comparables à la France.

L'évaluation de l'efficacité de la médecine scolaire est d'ailleurs considérée comme irréalisable par certains intervenants auditionnés par la Cour, en raison de l'impossibilité qu'il y aurait à distinguer son action propre par rapport aux autres modes d'intervention dans le domaine de la santé de l'enfant, tant en matière de suivi médical que d'éducation à la santé.

Compte tenu de ces difficultés méthodologiques, il est donc impératif de développer le plus possible la recherche afin de faire progresser une démarche évaluative, qui ne saurait se confondre avec un état des lieux de la santé des jeunes en âge scolaire. Le but est, en effet, de déterminer l'impact effectif de la médecine scolaire sur la capacité physique et psychique des élèves à suivre les apprentissages de la scolarité obligatoire.

ANNEXES

Annexe n° 1 : Effectifs de médecins et d'infirmiers de l'éducation nationale par académie et par département en 1999 et en 2011

Effectifs de médecins et d'infirmiers de l'éducation nationale en janvier 1999
(personnes physiques)

Académies	Inspections académiques	Médecins	Médecins conseillers techniques	Médecins contractuels	Total médecins	Infirmiers nouveau statut	Infirmiers d'Etat	Infirmiers contractuels	Total infirmiers
AIX-MARSEILLE	Alpes-de-Haute-Provence	5	1	1	7	21			21
	Hautes-Alpes	3	1		4	23			23
	Bouches-du-Rhône	31	2	1	34	167	3		170
	Vaucluse	9	1		10	62		1	63
	Total académie	48	5	2	55	273	3	1	277
AMIENS	Aisne	12	1		13	44	11	3	58
	Oise	19	1		20	54	15	6	75
	Somme	12	2		14	46	10	3	59
	Total académie	43	4		47	144	36	12	192
BESANCON	Doubs	10	2	2	14	65		3	68
	Jura	4	1	1	6	45		2	47
	Haute-Saône	4	1	1	6	25		7	32
	Territoire-de-Belfort	1		0	1	15			15
	Total académie	19	4	4	27	150		12	162

BORDEAUX	Dordogne	6	1		7	41			41
	Gironde	17	2		19	90	1	1	92
	Landes	4			4	32			32
	Lot-et-Garonne	8			8	33			33
	Pyrénées-Atlantiques	8	1		9	60		2	62
	Total académie	43	4		47	256	1	3	260
CAEN	Calvados	12	1	1	14	70			70
	Manche	8			8	43			43
	Orne	5			5	29			29
	Total académie	25	1	1	27	142			142
CLERMONT-FERRAND	Allier	5			5	32	1		33
	Cantal	2	1		3	25			25
	Haute-Loire	4	1		5	25			25
	Puy-de-Dôme	13	1		14	72	1	2	75
	Total académie	24	3		27	154	2	2	158
CORSE	Corse-du-Sud	3	2		5	13			13
	Haute-Corse	2	1		3	18			18
	Total académie	5	3		8	31			31
CRETEIL	Seine-et-Marne	24			24	112	5	1	118
	Seine-Saint-Denis	45	1		46	215	3	4	222
	Val-de-Marne	27	2		29	103	5	2	110
	Total académie	96	3		99	430	13	7	450

DIJON	Côte-d'Or	9	2		11	52		4	56
	Nièvre	4	1		5	31			31
	Saône-et-Loire	9	1		10	59		1	60
	Yonne	5	1		6	39		1	40
	Total académie	27	5		32	181		6	187
GRENOBLE	Ardèche	4	1	1	6	22		2	24
	Drôme	7	1		8	45	1	5	51
	Isère	20	2	1	23	114		5	119
	Savoie	8		2	10	38		3	41
	Haute-Savoie	14	1	1	16	54		4	58
	Total académie	53	5	5	63	273	1	19	293
GUADELOUPE	Guadeloupe	13	1		14	36	15	1	52
	Total académie	13	1		14	36	15	1	52
GUYANE	Guyane	5	1		6	13	4	1	18
	Total académie	5	1		6	13	4	1	18
LILLE	Nord	70	1	5	76	282	3	25	310
	Pas-de-Calais	39	1	1	41	154		12	166
	Total académie	109	2	6	117	436	3	37	476
LIMOGES	Corrèze	3	1		4	36		1	37
	Creuse	2			2	18			18
	Haute-Vienne	4	2		6	41	1	3	45
	Total académie	9	3		12	95	1	4	100

LYON	Ain					47		2	49
	Loire					86			86
	Rhône	50 ¹⁵	4	1	55	167		2	169
	Total académie	50	4	1	55	300		4	304
MARTINIQUE	Martinique	8	1		9	37	5		42
	Total académie	8	1		9	37	5		42
MONTPELLIER	Aude	5	1		6	25		1	26
	Gard	11	1		12	42	1	5	48
	Hérault	14	1		15	72		4	76
	Lozère	3			3	15			15
	Pyrénées-Orientales	5	1		6	35			35
	Total académie	38	4		42	189	1	10	200
NANCY-METZ	Meurthe-et-Moselle	12	2		14	74			74
	Meuse	3	1		4	27		3	30
	Moselle	18	1		19	101			101
	Vosges	9	1		10	48		3	51
	Total académie	42	5		47	250		6	256

¹⁵ Données pour l'ensemble de l'académie de Lyon, non ventilées par département

NANTES	Loire-Atlantique	22	1		23	102			102
	Maine-et-Loire	15	1		16	61			61
	Mayenne	5			5	25			25
	Sarthe	10	1	1	12	53			53
	Vendée	11	1		12	37		1	38
	Total académie	63	4	1	68	278		1	279
NICE	Alpes-Maritimes	12	2	1	15	59	1		60
	Var	17	1		18	55			55
	Total académie	29	3	1	33	114	1		115
ORLEANS-TOURS	Cher	5	1		6	29		5	34
	Eure-et-Loir	7	1		8	34		5	39
	Indre	3	1		4	21		1	22
	Indre-et-Loire	10	1		11	45		4	49
	Loir-et-Cher	5	1		6	22		1	23
	Loiret	8	1		9	59	1	4	64
	Total académie	38	6		44	210	1	20	231
PARIS	Paris	22	4		26	138	3	23	164
	Total académie	22	4		26	138	3	23	164
POITIERS	Charente	5	1		6	29		1	30
	Charente-Maritime	8	1		9	45	2	2	49
	Deux-Sèvres	9			9	27	2	3	32
	Vienne	7	2		9	46	1		47
	Total académie	29	4		33	147	5	6	158

REIMS	Ardennes	4	1		5	34			34
	Aube	5	1		6	29	1		30
	Marne	13	2		15	67	1		68
	Haute-Marne	6	1		7	21	2		23
	Total académie	28	5		33	151	4		155
RENNES	Côtes-D'armor	11	1		12	67			67
	Finistère	17	1		18	83			83
	Ille-et-Vilaine	20	2		22	96			96
	Morbihan	14	1		15	62			62
	Total académie	62	5		67	308			308
REUNION	Réunion	22	2	1	25	96		1	97
	Total académie	22	2	1	25	96		1	97
ROUEN	Eure	13	1		14	48			48
	Seine-Maritime	26	2		28	158	1		159
	Total académie	39	3		42	206	1		207
STRASBOURG	Bas-Rhin	17	2	1	20	92	2	7	101
	Haut-Rhin	14	1		15	56	1	5	62
	Total académie	31	3	1	35	148	3	12	163

TOULOUSE	Ariège	2	1		3	18		2	20
	Aveyron	4	1		5	26		5	31
	Haute-Garonne	18	2	4	24	91	2	5	98
	Gers	2	1	1	4	15		2	17
	Lot	2	1		3	19		2	21
	Hautes-Pyrénées	4	1		5	25		2	27
	Tarn	6		1	7	35		2	37
	Tarn-et-Garonne	4	1		5	20		1	21
	Total académie	42	8	6	56	249	2	21	272
	VERSAILLES	Yvelines	30	2		32	145		1
Essonne		26	1		27	117	1		118
Hauts-de-Seine		25	1		26	109		2	111
Val-d'Oise		29	1		30	126			126
Total académie		110	5		115	497	1	3	501
Métropole+DOM	1 172	110	25	1 307	5 932	106	212	6 250	

Source : DEPP

Effectifs de médecins et d'infirmiers de l'éducation nationale en janvier 2011
(personnes physiques)

Académies	Inspections académiques	Médecins	Médecins Conseillers techniques	Médecins contractuels	Total médecins	Infirmiers	Infirmiers contractuels	Total infirmiers
AIX-MARSEILLE	Alpes-de-Haute-Provence	4	1	.	5	26	2	28
	Hautes-Alpes	4	1	.	5	27	.	27
	Bouches-du-Rhône	45	2	3	50	212	18	230
	Vaucluse	11	1	.	12	69	5	74
	Total académie	64	5	3	72	334	25	359
AMIENS	Aisne	9	1	.	10	77	9	86
	Oise	15	1	.	16	104	17	121
	Somme	10	2	.	12	69	9	78
	Total académie	34	4	.	38	250	35	285
BESANCON	Doubs	10	2	.	12	76	7	83
	Jura	4	1	.	5	40	1	41
	Haute-Saône	4	1	.	5	34	2	36
	Territoire-de-Belfort	2	1	.	3	18	2	20
	Total académie	20	5	.	25	168	12	180

BORDEAUX	Dordogne	4	1	2	7	45	7	52
	Gironde	22	2	5	29	162	25	187
	Landes	6	1	.	7	42	7	49
	Lot-et-Garonne	6	1	.	7	37	4	41
	Pyrénées-Atlantiques	10	1	5	16	66	10	76
	Total académie	48	6	12	66	352	53	405
CAEN	Calvados	9	2	3	14	90	6	96
	Manche	10	1	1	12	58	10	68
	Orne	6	1	.	7	35	6	41
	Total académie	25	4	4	33	183	22	205
CLERMONT-FERRAND	Allier	7	1	.	8	47	5	52
	Cantal	2	1	.	3	21	5	26
	Haute-Loire	3	1	.	4	29	2	31
	Puy-de-Dôme	16	2	2	20	88	7	95
	Total académie	28	5	2	35	185	19	204
CORSE	Corse-du-Sud	4	1	2	7	21	.	21
	Haute-Corse	3	1	.	4	21	1	22
	Total académie	7	2	2	11	42	1	43

CRETEIL	Seine-et-Marne	24	1	.	25	157	11	168
	Seine-Saint-Denis	30	1	.	31	240	1	241
	Val-de-Marne	21	2	4	27	134	3	137
	Total académie	75	4	4	83	531	15	546
DIJON	Côte-d'Or	9	2	4	15	71	1	72
	Nièvre	4	1	.	5	31	2	33
	Saône-et-Loire	9	1	1	11	68	13	81
	Yonne	5	1	1	7	40	7	47
	Total académie	27	5	6	38	210	23	233
GRENOBLE	Ardèche	4	1	1	6	37	1	38
	Drôme	9	1	.	10	61	2	63
	Isère	24	2	4	30	157	21	178
	Savoie	8	1	1	10	54	8	62
	Haute-Savoie	17	1	2	20	77	6	83
	Total académie	62	6	8	76	386	38	424
GUADELOUPE	Guadeloupe	11	1	3	15	69	6	75
	Total académie	11	1	3	15	69	6	75
GUYANE	Guyane	2	1	4	7	48	2	50
	Total académie	2	1	4	7	48	2	50

LILLE	Nord	70	1	1	72	352	6	358
	Pas-de-Calais	37	.	1	38	202	8	210
	Total académie	107	1	2	110	554	14	568
LIMOGES	Corrèze	3	1	.	4	39	1	40
	Creuse	1	1	.	2	20	1	21
	Haute-Vienne	5	2	.	7	54	6	60
	Total académie	9	4	.	13	113	8	121
LYON	Ain	10	.	.	10	73	8	81
	Loire	13	.	.	13	98	4	102
	Rhône	35	3	3	41	209	.	209
	Total académie	58	3	3	64	380	12	392
MARTINIQUE	Martinique	10	1	2	13	66	2	68
	Total académie	10	1	2	13	66	2	68
MONTPELLIER	Aude	5	1	5	11	36	5	41
	Gard	12	1	.	13	73	2	75
	Hérault	20	2	7	29	107	11	118
	Lozère	3	.	.	3	15	1	16
	Pyrénées-Orientales	8	1	2	11	47	3	50
	Total académie	48	5	14	67	278	22	300

NANCY-METZ	Meurthe-et-Moselle	10	1	4	15	94	10	104
	Meuse	4	1	.	5	30	1	31
	Moselle	17	1	2	20	127	24	151
	Vosges	5	1	.	6	57	4	61
	Total académie	36	4	6	46	308	39	347
NANTES	Loire-Atlantique	21	2	7	30	123	10	133
	Maine-et-Loire	15	1	3	19	74	9	83
	Mayenne	3	1	.	4	34	2	36
	Sarthe	12	1	3	16	72	4	76
	Vendée	11	.	6	17	50	3	53
	Total académie	62	5	19	86	353	28	381
NICE	Alpes-Maritimes	14	2	1	17	100	8	108
	Var	18	1	2	21	94	10	104
	Total académie	32	3	3	38	194	18	212

ORLEANS-TOURS	Cher	4	1	1	6	38	3	41
	Eure-et-Loir	7	.	.	7	54	7	61
	Indre	3	.	.	3	30	2	32
	Indre-et-Loire	6	1	4	11	67	12	79
	Loir-et-Cher	5	1	1	7	38	4	42
	Loiret	8	1	1	10	80	8	88
	Total académie	33	4	7	44	307	36	343
PARIS	Paris	22	2	5	29	195	12	207
	Total académie	22	2	5	29	195	12	207
POITIERS	Charente	8	1	.	9	46	.	46
	Charente-Maritime	14	1	1	16	74	3	77
	Deux-Sèvres	7	1	.	8	45	3	48
	Vienne	10	2	1	13	61	5	66
	Total académie	39	5	2	46	226	11	237
REIMS	Ardennes	3	1	2	6	45	2	47
	Aube	5	1	.	6	34	4	38
	Marne	13	1	1	15	72	7	79
	Haute-Marne	3	1	.	4	30	6	36
	Total académie	24	4	3	31	181	19	200

RENNES	Côtes-D'armor	12	1	4	17	66	7	73
	Finistère	15	1	6	22	87	12	99
	Ille-et-Vilaine	19	2	6	27	102	20	122
	Morbihan	10	1	8	19	66	12	78
	Total académie	56	5	24	85	321	51	372
REUNION	Réunion	26	2	5	33	139	10	149
	Total académie	26	2	5	33	139	10	149
ROUEN	Eure	9	.	.	9	75	7	82
	Seine-Maritime	20	1	4	25	183	20	203
	Total académie	29	1	4	34	258	27	285
STRASBOURG	Bas-Rhin	27	2	1	30	137	4	141
	Haut-Rhin	17	1	.	18	96	5	101
	Total académie	44	3	1	48	233	9	242
TOULOUSE	Ariège	2	1	.	3	21	3	24
	Aveyron	5	1	.	6	26	4	30
	Haute-Garonne	26	2	1	29	137	10	147
	Gers	2	1	.	3	24	2	26
	Lot	3	.	.	3	22	1	23
	Hautes-Pyrénées	4	1	.	5	28	.	28

	Tarn	6	1	.	7	47	5	52
	Tarn-et-Garonne	5	1	.	6	24	2	26
	Total académie	53	8	1	62	329	27	356
VERSAILLES	Yvelines	29	2	5	36	161	12	173
	Essonne	32	.	.	32	157	5	162
	Hauts-de-Seine	30	1	.	31	140	5	145
	Val-d'Oise	30	1	.	31	153	7	160
	Total académie	121	4	5	130	611	29	640
Métropole DOM +		1212	112	154	1 478	7 804	625	8 429

Source : DEPP

Annexe n° 2 : Liste des personnes auditionnées par la Cour des comptes

Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative

Monsieur Jean-Michel BLANQUER - directeur général de l'enseignement scolaire

Monsieur William MAROIS - recteur de l'académie de Créteil

Monsieur Roland DEBBASCH - recteur de l'académie de Lyon

Monsieur Gérald CHAIX - recteur de l'académie de Nantes

Monsieur Guy WAISS – chef du service du budget, de la performance et des établissements à la direction générale de l'enseignement scolaire

Ministère de la santé

Professeur Didier HOUSSIN - directeur général de la santé

Docteur Brigitte LEFEUVRE - médecin de santé publique - direction générale de la santé

Experts en médecine générale et en formation à la santé publique

Monsieur Philippe JAURY, professeur à l'université Paris Descartes

Madame Frédérique NOEL, professeur à l'université Paris Descartes

Agnès DUCROS, responsable en formation à l'école des hautes études en santé publique

Josiane CARVALHO, chargée de mission à l'école des hautes études en santé publique

Fédérations de parents d'élèves¹⁶

Fédération des parents d'élèves de l'enseignement public (PEEP)

Mme Claudine CAUX, présidente

Mme Cécile VIGNES, secrétaire générale

¹⁶ Mme Michèle DEROCHE, chargée de mission à la Fédération des conseils de parents d'élèves des écoles publiques (FCPE), qui n'a pas pu assister à l'audition à laquelle elle était conviée, a transmis par écrit des éléments d'information à la Cour.

Syndicats de médecins et d'infirmiers de l'éducation nationale**Syndicat national des médecins scolaires et universitaires****(SNMSU) :**

Docteur Corinne VAILLANT, secrétaire générale

Docteur Jocelyne GROUSSET, membre du bureau national

Syndicat national autonome des médecins de l'éducation nationale**(SNAMSPEN) :**

Docteur Sophie BRUHNES-PEREZ, secrétaire générale

Docteur Jocelyne MARTIN-DECHANET, secrétaire générale adjointe

Syndicat national des infirmiers et infirmières éducateurs de santé**(SNIES-UNSA) :**

Mme Brigitte ACCART, secrétaire générale

Mme Véronique ROBLIN, conseillère nationale

Syndicat national des infirmier(e)s conseiller(e)s de santé (SNICS-**FSU) :**

Mme Béatrice GAULTIER, secrétaire générale

M. Christian ALLEMAND, secrétaire général adjoint

Syndicat national autonome des infirmières en milieu scolaire**(SNAIMS)**

M. Jean-Claude CRINCKET, président

Mme Françoise BRAMARD, secrétaire départementale de l'Oise

Directeurs d'école et chefs d'établissement**Académie de Créteil**

Madame Danièle CREACHEADEC – directrice de l'école primaire

Louise Michel – Montreuil-sous-Bois (Seine-Saint -Denis)

Madame Véronique SAHL - principale du Collège Molière – Ivry-sur-Seine (Val-de-Marne)

Académie de Lyon

Madame Annick TEYSSÉDRE - principale du collège Victor

Grignard- Lyon 8^o (Rhône)

Madame Sandrine CHARDON - directrice de l'école maternelle Côte

Quart – Unieux (Loire)

Académie de Nantes

Monsieur Loïc SELLIN – directeur de l'école maternelle Bois-Saint-

Louis - Orvault (Loire-Atlantique)

Médecins et infirmiers de l'éducation nationale**Académie d'Amiens**

Docteur Mireille PERDU, médecin de l'éducation nationale, centre médico-scolaire à Amiens

Madame Corinne MAINCENT, infirmière conseillère technique du recteur d'Amiens

Académie de Créteil

Docteur Nadine LABAYE PREVOT – médecin conseiller technique du recteur de Créteil

Madame Françoise BENEDICTE – infirmière conseillère technique du recteur de Créteil

Docteur Chantal GINIOUX - Inspection académique de Seine-Saint-Denis

Académie de Lyon

Docteur Dominique BUTHEAU, médecin conseiller technique du recteur de Lyon

Madame Josette MORAND, infirmière conseillère technique du recteur de Lyon

Docteur Marie-Paule JACQUET - Médecin du secteur Bourg-en-Bresse (Ain)

Madame Anne-Marie BRUCKERT - Infirmière du collège Paul Emile Victor – Rillieux-la-Pape (Rhône)

Académie de Nantes

Docteur Corine HERON-ROUGIER, médecin conseiller technique du recteur de Nantes

Madame Marie-Christine VIDAL, infirmière conseillère technique du recteur de Nantes

Docteur Liliane BELLION – Centre médico scolaire– Collège le Marin – Allonnes (Sarthe)

Madame Marie-Claire BILLY – Infirmière du collège Gérard Philippe - Carquefou (Loire-Atlantique)

Académie de Versailles

Docteur Catherine PECRIAUX, médecin de l'éducation nationale, Hauts-de-Seine

Docteur Anne Léopoldine VINCENT, médecin de l'éducation nationale, Essonne

Madame Corinne PEKELGNY, infirmière de l'éducation nationale - lycée Plaine de Neauphle - Trappes

Madame Sophie PEIRSEGAELE, infirmière de l'éducation nationale - collège Emile Zola – Suresnes

Services municipaux autonomes de médecine scolaire

Madame Catherine DAVIAUD, directrice du service de santé scolaire de la Ville de Nantes

Docteur Marie-Claude ASTIER, médecin conseiller technique du service médico-social de la Ville de Lyon

Annexe n° 3 : Liste des personnes rencontrées en cours d'enquête**Administration centrale du ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative**

Monsieur Roger VRAND, sous-directeur de la vie scolaire, des établissements et des actions socio-éducatives à la DGESCO

Madame Nadine NEULAT, chef du bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité à la DGESCO

Madame Jeanne-Marie URCUN, médecin conseiller technique auprès de la DGESCO

Administration centrale du ministère de la santé

Docteur Brigitte LEFEUVRE, médecin de santé publique, responsable de la politique de santé en faveur des enfants à la DGS

Monsieur Patrick AMBROISE, chef du bureau de la santé des populations à la DGS

Académie de Créteil

Madame Muriel BONNET secrétaire générale adjointe, chef de la division d'organisation des services académiques

Docteur Nadine LABAYE-PREVOT, médecin conseiller technique auprès du recteur de Créteil

Docteur Dominique PERRIN-ALBERTI, médecin conseiller technique du Val-de-Marne

Docteur Françoise BABINET-RENARD, médecin de l'éducation nationale, secteur Kremlin-Bicêtre, Arcueil, Gentilly

Docteur Chantal SYLVAIN, médecin adjoint du médecin conseiller technique de l'inspection académique de Seine-Saint-Denis

Docteur Françoise DIONISI, médecin de l'éducation nationale, Chelles

Docteur Chantal GINIOUX, médecin de l'éducation nationale, Seine-Saint-Denis

Docteur Chantal SASPORTES, médecin de l'éducation nationale, Val-de-Marne

Docteur Laurence DANON-LAURENT, médecin de l'éducation nationale, Val-de-Marne

Monsieur Erick GIRAULT, infirmier conseiller technique du Val-de-Marne

Madame Françoise BENEDEICT, infirmière conseillère technique
auprès du recteur de Créteil
Madame Elisabeth MOREAU, infirmière de l'éducation nationale,
Seine-et-Marne
Monsieur Pierre CHAM, infirmier de l'éducation nationale, collège
Sisley de l'Ile-Saint-Denis
Madame Isabelle GUIGNARD, infirmière de l'éducation nationale,
Ivry-sur-Seine
Madame Françoise MAINI, infirmière de l'éducation nationale,
Chelles
Monsieur Pascal DAUTHIEUX, infirmier de l'éducation nationale,
Villemomble

Académie de Lyon

Madame Fabienne DUREUIL, chef du service d'aide et de conseil aux
EPLE
Docteur Françoise IMLER-WEBER, médecin conseiller technique de
l'inspection académique de la Loire
Docteur Marie-Paule JACQUET, médecin de l'éducation nationale,
Ain en secteur rural
Docteur Claude BON, médecin de l'éducation nationale à Bourg-en-
Bresse
Docteur Sylvie DURAND, médecin de l'éducation nationale, Rhône
(zone Bron Chassieu)
Docteur Céline GISSINGER, médecin de l'éducation nationale, Loire
Madame Josette MORAND, infirmière conseillère technique auprès
du recteur de Lyon
Madame Anne-Marie BRUCKERT, infirmière de l'éducation
nationale au collège Paul Emile Victor à Rillieux-la-Pape
Madame Sylvie CLARET, infirmière de l'éducation nationale pour le
secteur du premier degré à Rillieux-la-Pape
Madame Sylvie VAUCHER, infirmière de l'éducation nationale,
lycée professionnel Les Canuts à Vénissieux
Madame Josette PELISSIER-TILL, infirmière de l'éducation
nationale, lycée Marcel Sembat à Vénissieux

Académie de Nantes

Docteur Corine HERON-ROUGIER, médecin conseiller technique
auprès du recteur

Docteur Christian BIELMANN, médecin de l'éducation nationale au
centre médico-scolaire à Coueron

Docteur Viviane THOUVEREZ, médecin de l'éducation nationale,
lycée professionnel Les Trois rivières à Pontchâteau

Docteur Anne HITROP, médecin de l'éducation nationale au centre
médico-scolaire à Cholet

Docteur Liliane BELLION, médecin de l'éducation nationale au
centre médico-scolaire, collège Le Marin à Allonnes

Docteur Nicole CESCO, médecin de l'éducation nationale, collège
Garcy Ferrande à Saint-Gilles Croix-de-vie

Madame Marie-Christine VIDAL, infirmière conseillère technique du
recteur de Nantes

Madame Marie-Claire BILLY, infirmière de l'éducation nationale,
collège Gérard Philippe à Carquefou

Madame Christelle FARRE, infirmière de l'éducation nationale, lycée
professionnel Audubon à Coueron et lycée professionnel Michelet à
Nantes

Madame Evelyne DAMARY, infirmière de l'éducation nationale,
lycée professionnel René Cousinet à Challans

Madame Brigitte LESIMPLE, infirmière de l'éducation nationale,
lycée Léonard de Vinci à Montaigu

Madame Isabelle BUON, infirmière de l'éducation nationale, collège
Ambroise Paré au Mans

Annexe n° 4 : Echantillon d'écoles et d'établissements du second degré**Académie de Créteil**

Ecole primaire Louise Michel – Montreuil-sous-Bois (Seine-Saint-Denis)
Collège Sisley – L'Ile-Saint-Denis (Seine-Saint-Denis)
Collège Jean Vilar – La Courneuve (Seine-Saint-Denis)
Lycée Jean Moulin – Le Blanc-Mesnil (Seine-Saint-Denis)
Collège Molière – Ivry-sur-Seine (Val-de-Marne)
Lycée La Source – Nogent-sur-Marne (Val-de-Marne)
Lycée d'Arsonval – Saint-Maur des Fossés (Val-de-Marne)

Académie de Lyon

Ecole élémentaire Pasteur Nord – Oyonnax (Ain)
Collège Jacques Prévert - Saint-Genis Pouilly (Ain)
Ecole élémentaire Jacquard – Saint-Etienne (Loire)
Ecole maternelle et élémentaire Côte Quart – Unieux (Loire)
Lycée Simone Weil - Saint Priest-en-Jarez (Loire)
Ecole maternelle Joseph Depierre – Bourg-de-Thizy (Rhône)
Ecole élémentaire Frédéric Mistral – Vaulx-en-Velin (Rhône)
Collège Grignard - Lyon 8° (Rhône)
Collège Jean Renoir – Neuville-sur-Saône (Rhône)
Lycée Robert Doisneau – Vaulx-en-Velin (Rhône)
Lycée Louise Labé - Lyon 7° (Rhône)

Académie de Nantes

Ecole élémentaire – Orvault (Loire-Atlantique)
Collège Le Breil – Nantes (Loire-Atlantique)
Ecole primaire –Avrillé (Maine-et-Loire)
Collège Lucien Millet – Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire)
Ecole élémentaire – Saint-Germain-de-Coulamer (Mayenne)
Lycée professionnel Gaston Lesnard – Laval (Mayenne)
Ecole Massenet – Allonnes (Sarthe)
Lycée Robert Garnier – La-Ferté-Bernard (Sarthe)
Ecole de la plage – Saint-Jean de Monts (Vendée)
Collège Tiraqueau – Fontenay-le-Comte (Vendée)

Annexe n°5 : Liste des sigles

APAP : assistance pédagogique à domicile
ARS : agence régionale de santé
ATOS : personnel administratif, technique, ouvrier et de service
CFES : comité français d'éducation à la santé
CESC : comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CMS : centre médico-scolaire
CMP : centre médico-psychologique
CMPP : centre médico-psychopédagogique
CRESIF : comité régional d'éducation pour la santé d'Ile-de-France
CUMPS : cellule d'urgence médicopsychologique
DAF : direction des affaires financières
DEPP : direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance
DGESCO : direction générale de l'enseignement scolaire
DGRH : direction générale des ressources humaines
DGS : direction générale de la santé
DMP : dossier médical personnel
DU : diplôme d'université
EHESP : école des hautes études en santé publique
ELFE : étude longitudinale française depuis l'enfance
EPL : établissement public local d'enseignement
ETP : équivalent temps plein
ETPT : équivalent temps plein travaillé
INED : institut national d'études démographiques
INPES : institut national de prévention et d'éducation à la santé
INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale
MDPH : maison départementale des personnes handicapées
MILDT : mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
OFDT : observatoire français des drogues et des toxicomanies
PAI : projet d'accueil individualisé
PMI : protection maternelle et infantile
PPS : projet personnalisé de scolarisation
PRS : projet régional de santé
PSRS : plan stratégique régional de santé
RAR : réseau ambition réussite
REE : réunion d'équipe éducative

RELIONPREDIL : recensement local d'indicateurs pour l'observation nationale des actions de prévention liées aux drogues illicites et licites
SAGESSE : système automatisé gestion santé établissement

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ

ASSEMBLÉE NATIONALE

LE PRÉSIDENT

PARIS, LE - 9 DEC. 2010

 Monsieur le Premier président,

Conformément à l'article 47-2 de la Constitution, et pour donner une suite à la proposition que vous avez formulée lors de votre audition par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques le 6 juin dernier, le Comité souhaiterait demander l'assistance de la Cour des comptes pour procéder aux évaluations de deux politiques publiques inscrites au programme de travail du Comité : l'hébergement d'urgence, d'une part, et la médecine scolaire, d'autre part. Cette assistance pourrait prendre la forme d'un rapport de la Cour.

De premiers contacts fructueux ont eu lieu entre le Rapporteur général de la Cour et le secrétariat du Comité, pour étudier la faisabilité de cette assistance aux rapporteurs désignés par le Comité sur le premier sujet. Je souhaite que la collaboration entre la Cour et le Comité se développe selon des modalités permettant de garantir tant l'indépendance des travaux de chaque institution que la cohérence des démarches entreprises parallèlement par les rapporteurs de la Cour et du Comité, en particulier vis-à-vis des acteurs extérieurs parties prenantes à la politique évaluée.

Par ailleurs, s'agissant des autres études inscrites au programme de travail du Comité, il serait particulièrement utile pour les rapporteurs du Comité, une fois les premières orientations de leurs travaux précisées, que la Cour puisse leur faire connaître, le cas échéant, les résultats de ses contrôles réalisés ces cinq dernières années, encore en cours, ou susceptibles d'être prochainement engagés sur tout ou partie de ces sujets, de façon à ce que les rapporteurs puissent s'appuyer sur les travaux existants et les compétences acquises. Ces sujets sont les suivants :

- l'aide médicale d'État (AME) et la couverture maladie universelle (CMU),
- la performance des politiques sociales en France, comparée avec les autres pays européens,

.../...

Monsieur Didier MIGAUD
Premier président
de la Cour des comptes
13 rue Cambon
75001 PARIS

HÔTEL DE LASSAY 128, RUE DE L'UNIVERSITÉ 75007 PARIS - TÉL. 01 40 63 50 00

- la révision générale des politiques publiques (RGPP),
- les politiques d'aménagement du territoire en faveur des zones rurales (et leurs différents instruments d'intervention).

En vous remerciant d'avance du concours que la Cour voudra bien apporter aux travaux du Comité, je vous prie d'agréer, Monsieur le Premier président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Respectueusement



Bernard ACCOYER

