

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I I I ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques

Jeudi

6 octobre 2011

Séance de 11 heures

Compte rendu n° 8

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

- Audition, ouverte à la presse de M. Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes, présentant le rapport de la Cour, réalisé à la demande du Comité, portant contribution à l'évaluation de la médecine scolaire..... 2
- Informations relatives au Comité..... 19

**Présidence
de M. Bernard
Accoyer,
Président de
l'Assemblée nationale,
Président du Comité**



Hôtel de Lassay

La séance est ouverte à onze heures.

Audition, ouverte à la presse, de M. Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes, présentant le rapport de la Cour, réalisé à la demande du Comité, portant contribution à l'évaluation de la médecine scolaire

M. le Président Bernard Accoyer. Mes chers collègues, nous recevons aujourd'hui le Premier président de la Cour des comptes, M. Didier Migaud, venu nous présenter la contribution de la Cour à l'évaluation de la médecine scolaire. Je tiens à souligner le caractère novateur de cette séance, conséquence de la révision constitutionnelle de 2008 et de la décision d'organiser un travail commun entre la Cour des comptes et le Parlement en matière d'évaluation des politiques publiques. Nous devons en effet mettre au service de la collectivité toutes les compétences disponibles. Je remercie donc chaleureusement M. Migaud et ses collaborateurs pour leur disponibilité et pour le travail qu'ils ont accompli.

Le Premier président est accompagné de M. Jean Picq, président de la troisième chambre, qui a préparé ce rapport, de M. Pascal Duchadeuil, président de section, de M. Joël Montarnal, rapporteur, et de M. Thibaud Dornon, auditeur et chargé de mission.

Je rappelle que cette audition est ouverte à la presse et retransmise sur Internet.

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 recourent 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'efficience 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 permettraient 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 collège 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 co-président 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 recoupent, 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 prometteuse pour la coopération entre nos deux institutions.

– Informations, relatives au Comité

– *En l'absence de demande de changement dans la composition du bureau du CEC pour la première réunion de la session ordinaire précédant le renouvellement de l'Assemblée, le bureau du Comité est reconduit dans sa composition de la fin de la précédente session.*

– *Le calendrier prévisionnel des réunions du CEC jusqu'à la fin de ses travaux pour la XIII^e législature est annexé au présent compte-rendu.*

La séance est levée à douze heures quarante.

Calendrier prévisionnel des réunions du Comité

jeudi 17 novembre 2011 :

- rapport sur la médecine scolaire (rapporteurs M. Gérard Gaudron et Mme Martine Pinville) ;
- rapport de suivi des recommandations du rapport sur l'évaluation des aides aux quartiers défavorisés (rapporteurs : MM. François Goulard et François Pupponi) ;
- rapport de suivi des recommandations du rapport sur l'évaluation de la mise en œuvre de l'article 5 de la Charte de l'environnement relatif à l'application du principe de précaution (rapporteurs : MM. Alain Gest et Philippe Tourtelier) ;

jeudi 1^{er} décembre 2011 :

- rapport sur la révision générale des politiques publiques (rapporteurs : MM. François Cornut-Gentille et Christian Eckert) ;
- rapport de suivi des recommandations du rapport sur les autorités administratives indépendantes (rapporteurs : MM. René Dosière et Christian Vanneste) ;

jeudi 15 décembre 2011 :

- rapport sur la performance des politiques sociales en Europe (rapporteurs : MM. Michel Heinrich et Régis Juanico) ;
- rapport de suivi des recommandations du rapport sur l'aide médicale d'État (rapporteurs : MM. Claude Goasguen et Christophe Sirugue) ;

jeudi 12 janvier 2012 :

- rapport sur l'aménagement du territoire en milieu rural (rapporteurs : MM. Jérôme Bignon et Germinal Peiro) ;
- rapport de suivi des recommandations du rapport sur les dispositifs en faveur des heures supplémentaires (rapporteurs : MM. Jean-Pierre Gorges et Jean Mallot) ;

jeudi 26 janvier 2012 :

- rapport sur l'hébergement d'urgence (rapporteurs : M. Arnaud Richard et Mme Danièle Hoffman-Rispal) ;

jeudi 16 février 2012 :

- rapport sur l'évaluation des incidences sur l'économie française de la stratégie de Lisbonne (rapporteurs : MM. Philippe Cochet et Marc Dolez).