



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 collègue 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 émargent 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 récapitulatif des 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 souhaitent 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% |
| GADELOUPE | 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, Slovaquie, 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 collègue 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 Philipe - 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, collègue
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,
Villemombre

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 Pontchateau

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