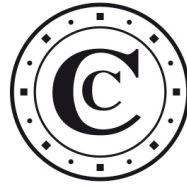


Cour des comptes



LES MÉDECINS ET LES PERSONNELS DE SANTÉ SCOLAIRE

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

Avril 2020

Sommaire

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

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

Procédures et méthodes

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

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

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

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

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

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

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

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

*

**

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

Trois questionnaires ont été adressés :

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

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

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

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

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

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

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

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

Synthèse

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

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

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

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

Une pénurie de médecins scolaires

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Recommandations

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

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

Mobiliser les partenariats

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

Introduction

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

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

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

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

*
**

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

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

⁶ Cf. Rappel historique en annexe n° 2.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**

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

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

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

Chapitre I

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les missions des médecins avant 2015

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

Les missions des infirmiers avant 2015

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A - Une masse salariale en progression sans unité budgétaire

1 - Une augmentation des effectifs et des crédits

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

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

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

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

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

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

¹² Effectifs au 30 novembre 2018. Source DEPP.

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

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

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

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

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

2 - Un cadre budgétaire à simplifier

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Champ : France métropolitaine + DOM (hors Mayotte)

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

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

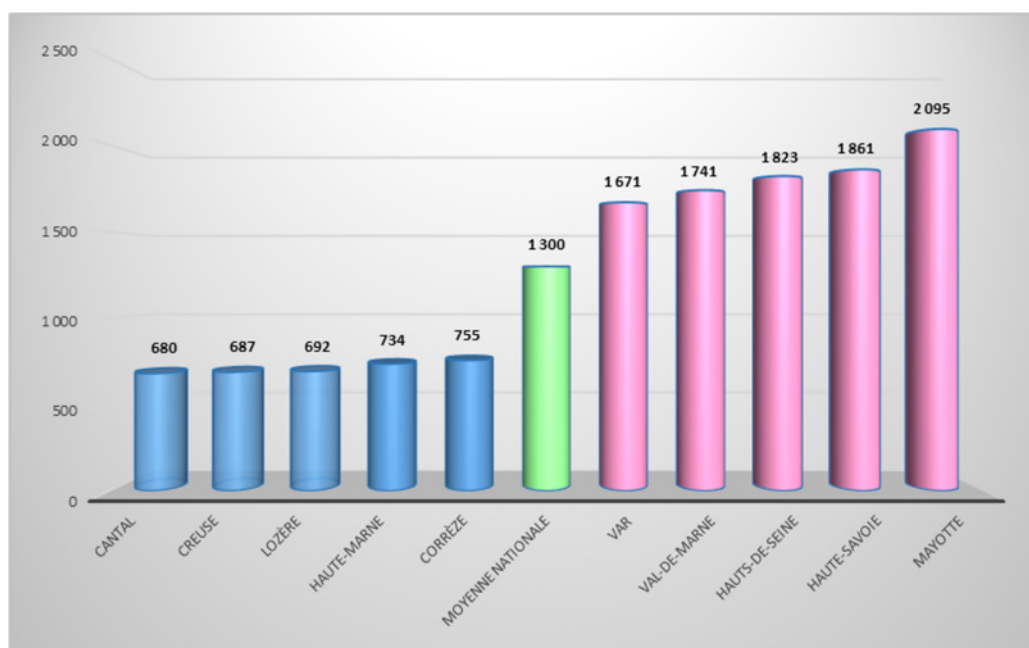
Alors qu'en 2018, l'effectif global d'élèves est quasi-identique à celui de 1998, le nombre d'infirmiers a augmenté de presque 40 % au cours de ces 20 dernières années (la progression est particulièrement sensible dans les années 2000). La croissance des effectifs d'infirmiers se conjugue avec un recours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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

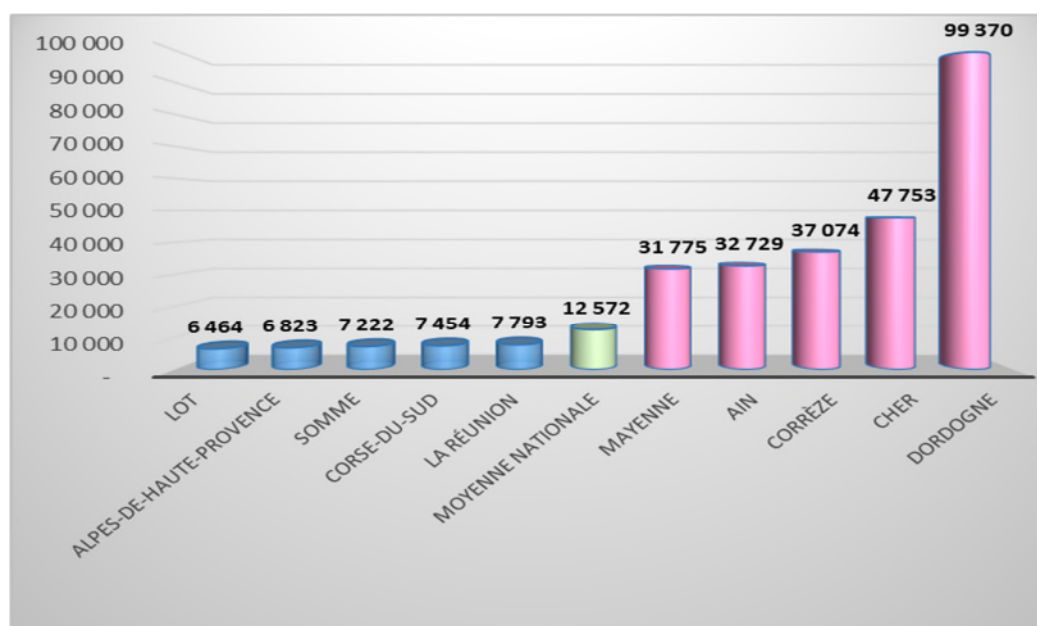
²¹ Le détail des taux d'encadrement (hors médecins vacataires) est retracé en annexe n° 10.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

3 - Des difficultés à renouveler une population vieillissante

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B - Des taux de réalisation des visites obligatoires très insuffisants

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

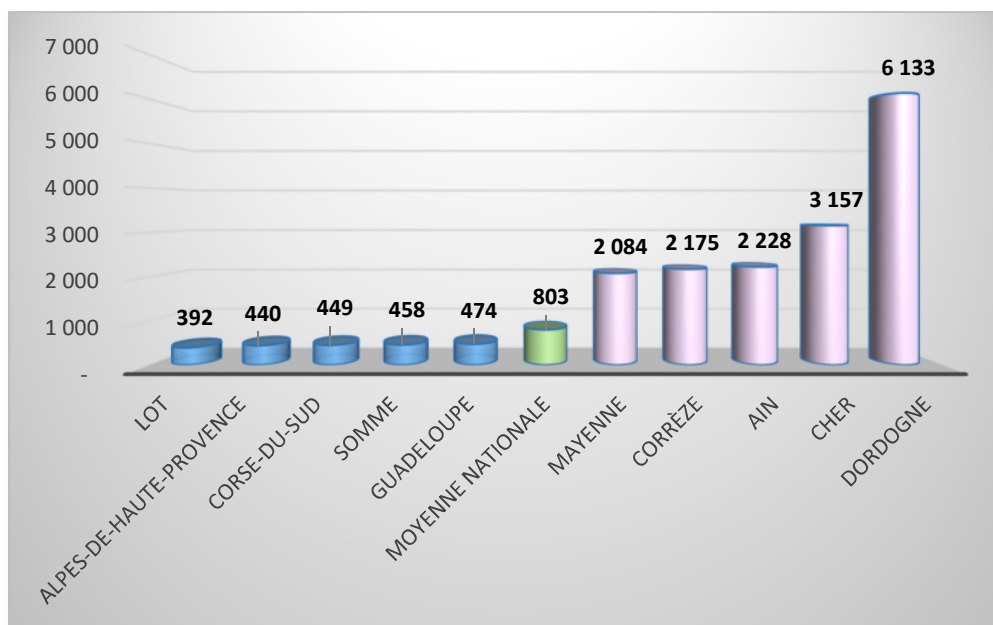
a) Une charge moyenne de travail par médecin en progression

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

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

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

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



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

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

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

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

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

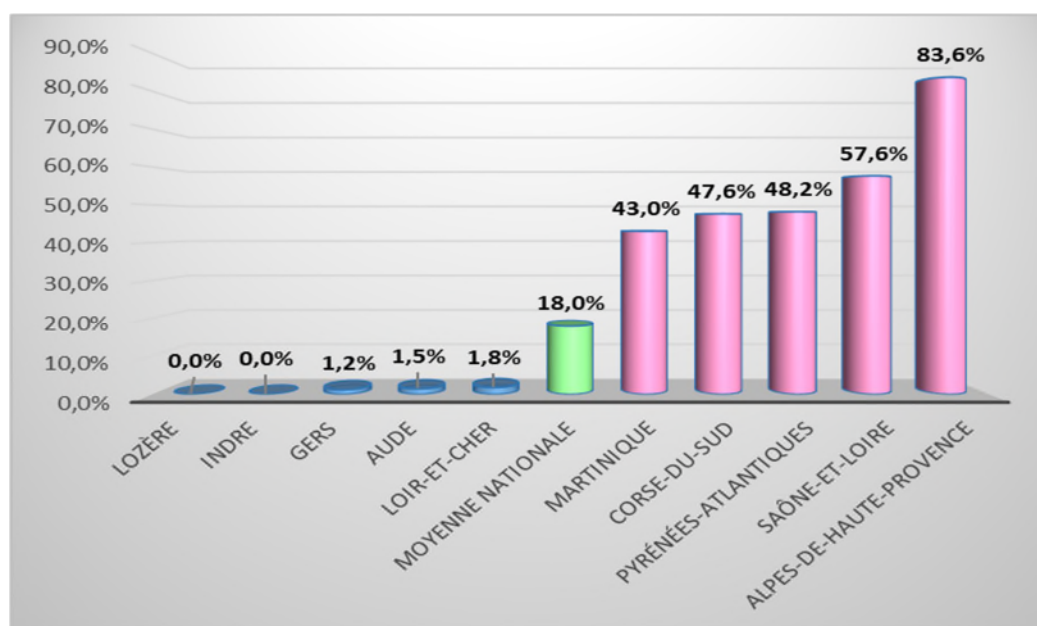
Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies et de la DEPP

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

De fortes disparités entre les départements

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d) Des villes délégataires efficaces mais aux moyens importants

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

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

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

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

³⁶ Cf. annexe n° 16.

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

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

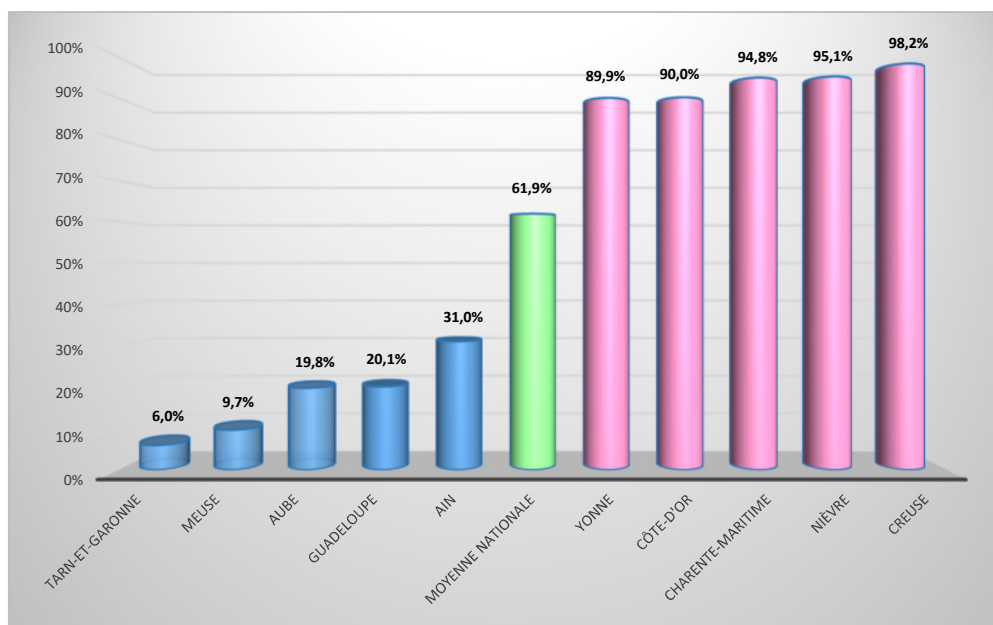
Le taux de réalisation du bilan infirmier de la 12^e année a augmenté de 6,2 points passant de 55,7 % en 2013 à 62 % en 2018³⁷. Les taux sont supérieurs pour le seul enseignement public, respectivement 71 % et 78 %. Cette évolution est à interpréter avec précaution car la législation a évolué au cours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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

3 - La visite médicale obligatoire pour travaux réglementés

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

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

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

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

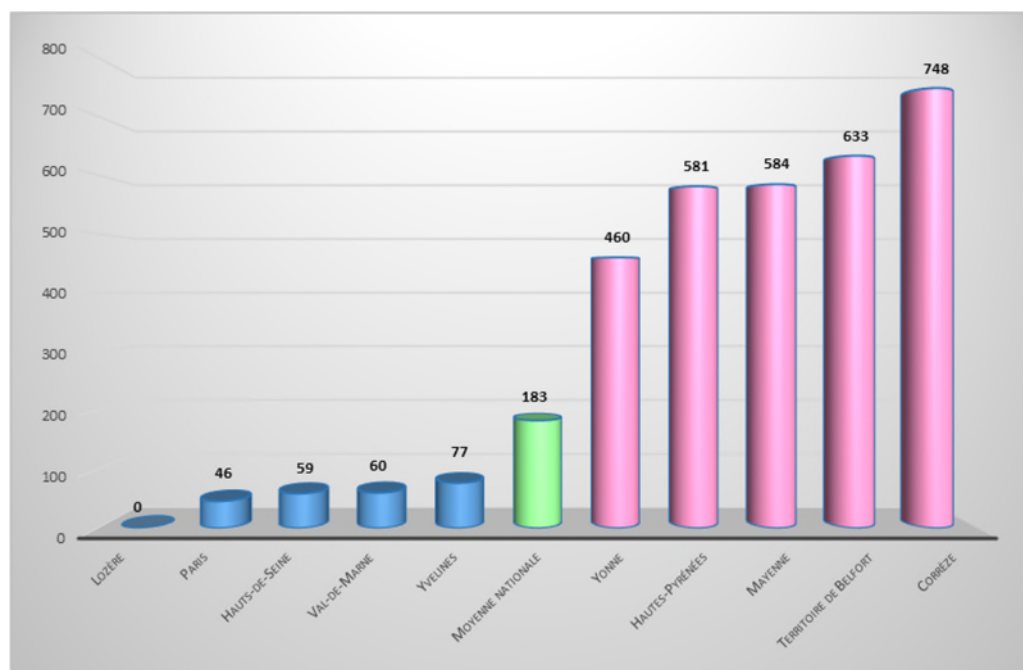
⁴¹ Voir en annexe n° 17 les 7 départements qui ont déclaré réaliser ces bilans pour les élèves du privé.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSION

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

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

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

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

Chapitre II

Un pilotage distendu à l'origine

d'une perte d'efficience

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

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

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

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

A - La mobilisation des expertises autour de la santé scolaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴⁹ Médecins de l'éducation nationale.

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

Les champs de la coopération éducation nationale/santé

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

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

2 - La revalorisation des statuts et des rémunérations

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁵⁴ Cf. annexe n° 21.

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

3 - La facilitation de la formation des médecins scolaires

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4 - Le service sanitaire des étudiants en santé

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

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

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

II - Une gestion très cloisonnée des personnels et des métiers

A - Des disparités de dotation de personnels peu explicables

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

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

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

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

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

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

1 - Des chaînes hiérarchiques et fonctionnelles confuses et distinctes

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

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

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

⁵⁹ Cf. annexe n° 6.

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

⁶¹ Cf. annexe n° 21.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3 - Des personnels très autonomes et peu évalués

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E - Des conditions de travail insatisfaisantes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁹¹ Décret du 26 novembre 1946.

⁹² Cf. annexe n° 23.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

G - Une formation continue insuffisante

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁹⁷ Serment de l'ordre français des médecins.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les circulaires rectorales sont diverses et diversement prescriptives.

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

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

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

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

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

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

Source : Promosanté, ARS Île-de-France.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSION

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

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

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

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

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

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

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

Chapitre III

Une organisation à revoir

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

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

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

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

A - Restaurer une unité d'action et de management

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II - Revoir le partage des tâches entre médecins et infirmiers

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IV - Développer la complémentarité avec la médecine libérale

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

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

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

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

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

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

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

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

A - Avec les ARS, étendre des contractualisations fructueuses

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

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

¹⁰³ Cf. annexe n° 26.

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

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

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

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

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

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

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

Elle prévoit des actions de prévention :

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

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

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

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

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

La Cour formule les recommandations suivantes :

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

Conclusion générale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

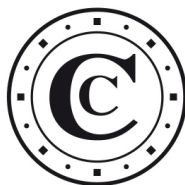
Liste des abréviations

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

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

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

Cour des comptes



LES MEDECINS ET LES PERSONNELS DE SANTE SCOLAIRE

Les annexes

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

Avril 2020

Annexes

Annexe n° 1 :	échange de courrier entre le Premier président de la Cour des comptes et le Président de la commission des finances de l'Assemblée nationale	5
Annexe n° 2 :	rappel historique	8
Annexe n° 3 :	taux de féminisation des médecins, infirmiers, psychologues et assistants de service social	13
Annexe n° 4 :	données sur l'école inclusive.....	14
Annexe n° 5 :	prévisions et consommations des crédits budgétaires des personnels de santé scolaire et d'assistance sociale	16
Annexe n° 6 :	données sur l'allocation des moyens aux académies.....	17
Annexe n° 7 :	le taux d'occupation des postes de médecins (hors vacataires) délégués aux académies par l'administration centrale	18
Annexe n° 8 :	le taux d'occupation des postes des infirmiers, assistants de service social et psychologues et personnels contractuels	19
Annexe n° 9 :	nombre d'élèves par infirmier : évolution par département	20
Annexe n° 10 :	nombre d'élèves par médecin : évolution par département	24
Annexe n° 11 :	nombre d'élèves par assistant de service social : évolution par département.....	29
Annexe n° 12 :	nombre d'élèves par psychologue de l'éducation nationale : évolution par département	34
Annexe n° 13 :	l'enquête de la Cour auprès des académies : note méthodologique	40
Annexe n° 14 :	données sur la visite médicale de la 6 ^e année de l'enfant.....	42
Annexe n° 15 :	part des élèves dans leur 6 ^e année n'ayant pas été vu par un professionnel de santé de l'éducation nationale.....	47
Annexe n° 16 :	les services municipaux de santé scolaire dans les villes délégataires	51
Annexe n° 17 :	données sur le bilan infirmier des élèves dans leur 12 ^e année.....	69
Annexe n° 18 :	données sur la visite médicale obligatoire pour travaux réglementés	74
Annexe n° 19 :	résumé et orientations du rapport demandé par le Président de l'Assemblée nationale pour le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, Contribution à l'évaluation de la médecine scolaire (2011).....	76
Annexe n° 20 :	la rémunération des médecins	78
Annexe n° 21 :	organisation des services et évaluation des personnels	82
Annexe n° 22 :	les frais de déplacement des personnels	88
Annexe n° 23 :	évolution des CMS depuis 2013.....	89
Annexe n° 24 :	les systèmes d'information des personnels médico-sociaux	94
Annexe n° 25 :	les examens médicaux obligatoires pris en charge à 100 %	96
Annexe n° 26 :	la collaboration entre les Agences régionales de santé et l'éducation nationale	97

**Annexe n° 1 : échange de courrier entre le Premier président de la Cour
des comptes et le Président de la commission des finances
de l'Assemblée nationale**

ASSEMBLÉE NATIONALE

COMMISSION DES FINANCES,
DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE
ET DU CONTRÔLE BUDGÉTAIRE

Le Président

n° 351

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

LIBERTÉ - ÉGALITÉ - FRATERNITÉ

PARIS, le 11 juillet 2019

Monsieur le Premier président,

À la suite de nos échanges, j'ai l'honneur de vous confirmer les sujets sur lesquels la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire demande la réalisation d'enquêtes à la Cour des comptes, conformément au 2° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.

Ces demandes portent sur :

- les heures supplémentaires dans la fonction publique ;
- les médecins et personnels de santé scolaire ;
- la structuration de la filière de la forêt et du bois et ses performances économique et environnementale ;
- les moyens affectés à la lutte contre le terrorisme ;
- les services d'inspection du travail.

Je vous prie de croire, Monsieur le Premier président, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



Éric WOERTH

Monsieur Didier MIGAUD
Premier président
Cour des comptes
13, rue Cambon
75001 PARIS

Cour des comptes

KCC D1902826 KZ
04/09/2019

Le 04 SEP. 2019

Le Premier président

Monsieur le Président,

Par lettre du 11 juillet 2019, vous m'avez demandé, sur la base du 2° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, la réalisation par la Cour des comptes d'une enquête sur « les médecins et personnels de santé scolaire ».

En réponse à ce courrier, je vous ai indiqué, dans ma lettre du 24 juillet 2019, que la Cour était en mesure d'effectuer cette enquête.

Le rapport sera préparé par la troisième chambre de la Cour. L'instruction a été confiée à Mmes Mireille Riou-Canals, conseillère maître, Véronique Boussarie, rapporteure extérieure, et MM. Gilles Pernias et Philippe Vannier, vérificateurs. M. André Barbé, Président de section, assurera le contre rapport.

La Présidente de la troisième chambre, Mme Sophie Moati, le contre rapporteur et les rapporteurs ont rencontré le 3 juillet dernier Mme Catherine Osson, rapporteure spéciale de la mission « Enseignement scolaire », pour préciser le champ et le calendrier de ce rapport.

Au vu de ces échanges, je vous propose de retenir comme périmètre de l'enquête les personnels de l'éducation nationale suivants : les médecins, les infirmiers, les assistants de service social et les psychologues de l'éducation nationale qui participent au repérage et au suivi des troubles de l'apprentissage susceptibles d'entraver la scolarité des élèves.

Dans ce périmètre, seront examinés l'organisation des services afin d'apprécier l'efficacité des collaborations entre ces quatre métiers dont les missions sont complémentaires, la répartition des effectifs sur les plans national et académique, leur pilotage et le suivi de leur performance, ainsi que les conditions de leur rémunération et de leur formation. Le rapport fera aussi le point sur les difficultés et les perspectives de recrutement de ces personnels, notamment des médecins

Monsieur Eric Woerth
Président de la Commission des
finances, de l'économie générale
et du contrôle budgétaire
Assemblée nationale
126, rue de l'Université
75355 PARIS SP 07

L'enquête portera une appréciation d'ensemble sur les moyens effectivement disponibles en académies pour répondre aux missions et objectifs fixés en matière de visites médicales et de suivi des élèves par le code de l'éducation et le code du travail. Elle présentera l'état des actions interministérielles, tant au niveau national que dans le cadre des conventions entre les agences régionales de santé et les rectorats. Elle examinera, au sein des académies, les collaborations existantes ou à développer avec d'autres acteurs, notamment la médecine de ville, les maisons départementales des personnes handicapées, les associations de prévention santé et les collectivités territoriales, en tenant compte du contexte nouveau de l'abaissement de l'âge d'entrée dans la scolarité obligatoire.

Les rapporteurs conduiront leurs investigations sur place auprès des services centraux des ministères chargés de l'éducation et de la santé et de cinq académies, au sein desquelles l'enquête se déploiera dans les rectorats, les services départementaux, les écoles et les établissements du second degré. Ils adresseront aussi un questionnaire à l'ensemble des académies. Ils examineront également les délégations rectorales confiées à des villes qui assurent les visites médicales obligatoires prévues par le code de l'éducation.

Le rapport vous sera remis au plus tard à la mi-avril 2020.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération *en de*
mes sentiments et meilles



Didier Migaud

Annexe n° 2 : rappel historique

De l'hygiène publique à la promotion de la santé, une histoire administrative dont les effets perdurent

L'idée d'une action des pouvoirs publics en faveur de la santé des enfants à l'école remonte à la période révolutionnaire¹. En 1793, Lakanal, dans le cadre d'un *projet de décret pour l'établissement de l'instruction nationale*, présentait à la Convention un projet d'inspection médicale scolaire : « *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.* » Le projet de décret étant repoussé, l'idée ne fera son chemin qu'au cours du siècle suivant.

Au XIX^e siècle, l'action dans ce domaine se concrétise, d'abord sous le Premier Empire, par les visites de contrôle organisées par les préfets au sein des collèges et lycées, puis par l'action communale : *la loi Guizot de 1833* confie à un comité communal la mission de veiller à la salubrité des écoles publiques et privées. Les communes joueront par la suite un rôle clé en matière de santé à l'école, qui perdure encore aujourd'hui dans quelques cas : celui des villes de santé scolaire, qui exercent par délégation une partie des missions de l'État dans ce domaine².

Ainsi, sous la III^e République, *la loi Goblet du 30 octobre 1886 relative à l'enseignement primaire* confie aux médecins-inspecteurs communaux ou départementaux une mission d'inspection sanitaire des écoles³. Cette évolution est cohérente avec la législation relative aux pouvoirs des communes, responsables de la salubrité publique, et dotées par une *loi du 15 février 1902, relative à la santé publique, de bureaux d'hygiène municipaux*.

La législation relative à la santé scolaire évolue dans les années 1930 : le projet de loi déposé par Édouard Herriot, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en 1928, visant à rendre obligatoire un contrôle médical pour tous les élèves et le personnel, en créant un service centralisé, ne sera adopté qu'en 1934. Un décret du 17 juin 1938 (décret Jean Zay, alors ministre de l'instruction publique), instaure un contrôle médical dans les collèges, les lycées et à l'université.

C'est à la Libération que la santé scolaire s'est structurée, sur le fondement d'une *ordonnance du 18 octobre 1945*⁴ : l'état sanitaire de la population après les années de guerre et d'occupation, marquées par les privations, est préoccupant, et il s'agit en priorité de lutter contre la tuberculose, alors très répandue, et contre la malnutrition et le rachitisme. Cette ordonnance crée un *service national d'hygiène scolaire et universitaire, sous la responsabilité du ministère*

¹ Le rappel historique qui suit doit beaucoup à l'ouvrage des Drs Janine HARDY-DURST et Maryvonne HYBERT et de Mme Thérèse RIGAUDY : *Les services médicaux, infirmiers et sociaux de l'Éducation nationale*, 1997, Berger-Levrault.

² Antibes, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon, Nantes, Paris, Rennes, Strasbourg, Vénissieux, Villeurbanne ; voir annexe n° 16.

³ Art. 9 « L'inspection des établissements d'instruction primaire publics ou privés est exercée : [...] Au point de vue médical, par les médecins-inspecteurs communaux ou départementaux. »

⁴ Ordonnance n°45-2407 du 18 octobre 1945 sur la protection de la santé des enfants d'âge scolaire, des élèves et du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres.

de l'éducation nationale, dans le but de systématiser les visites médicales des élèves, étudiants et personnels. Elle instaure la visite médicale obligatoire de la 6^e année, et des examens périodiques au cours de la scolarité, organisés avec le concours du service social scolaire. Elle impose la création de *centres médico-sociaux scolaires* dans chaque chef-lieu de département et d'arrondissement ainsi que dans toute commune de plus de 5 000 habitants. L'ordonnance prévoit enfin l'installation d'un *comité consultatif national de l'hygiène scolaire et universitaire*. L'ensemble de cette structuration se fait en accord avec le ministère de la santé.

Par la suite, la santé scolaire a oscillé entre rattachement à l'éducation nationale ou à la santé. En 1964, la préoccupation de regrouper l'ensemble des services sanitaires et sociaux, par la création des directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS), a conduit à regrouper les services de santé scolaire et les services sanitaires et sociaux. Un décret du 30 juillet 1964 crée un corps de médecins fonctionnaires, au sein du ministère de la santé publique et de la population, intégrant les médecins scolaires, comme les médecins inspecteurs de santé. Les infirmières scolaires exerçant en établissement restaient, dans le cadre d'un nouveau corps⁵, au sein de l'éducation nationale, tandis que celles qui étaient affectées à un secteur se voyaient rattachées au ministère de la santé.

La question du rattachement de la santé scolaire au département a donné lieu à d'âpres débats au moment de la décentralisation, l'idée de regrouper ces missions avec celles de la PMI et de l'aide sociale à l'enfance étant finalement écartée.

La réforme suivante, en 1984, a été inspirée par la préoccupation croissante de la promotion de la santé, nécessairement portée par la communauté éducative : elle a conduit à transférer la santé scolaire en sens inverse, au ministère de l'éducation. Dans un premier temps, les infirmières de secteur ont rejoint le corps des infirmières de l'éducation nationale (1985) ; après plusieurs années de débat, la question de l'évolution du corps des médecins de santé publique a été tranchée par la création d'un corps spécifique de médecins de l'éducation nationale (décret du 27 novembre 1991).

Cet historique semble avoir beaucoup pesé sur l'organisation des services de santé scolaire, expliquant pour une large part leur scission persistante entre service infirmier et service médical. En effet, pendant 20 ans, les infirmières scolaires ont exercé leurs missions de manière largement autonome par rapport aux médecins, rattachés à un autre ministère. Le retour de ceux-ci au sein de l'Éducation nationale a alimenté la crainte d'une dépendance fonctionnelle, suscitant dans bien des cas une réaction de farouche rejet.

Alors même que, de 1964 à 1984, le service de santé scolaire relevait du ministère de la santé, l'Éducation nationale s'était engagée dans une démarche d'éducation à la santé, dont témoigne par exemple une circulaire Fontanet de 1973 qui permet pour la première fois de dispenser à l'école une information et une éducation sexuelle.

À la fin des années 1980, la conception de la santé scolaire évolue notablement vers **la promotion de la santé**, sous l'influence de la Charte d'Ottawa de novembre 1986 par laquelle l'OMS se dote d'une nouvelle définition de la santé⁶ : celle-ci est vue non plus seulement

⁵ Décret n° 65-694 du 10 août 1965 portant création de corps particuliers d'infirmiers et d'infirmières d'État.

⁶ « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son

comme l'absence de maladie, mais comme « ressource pour la vie quotidienne », permettant de faire face aux situations de la vie. Les années 1990 sont ponctuées de diverses circulaires visant à lutter contre le tabagisme, les drogues, à prévenir les conduites à risque, le SIDA, etc. La structuration de la promotion de la santé s'opère à partir d'une circulaire du 24 novembre 1998, qui précise le rôle des acteurs, et crée les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) au sein des EPLE.

*Entre 1991 et 2001, il existe un service de promotion de la santé en faveur des élèves (SPSFE), associant médecins, infirmières et assistants sociaux⁷. Contesté par les organisations syndicales, ce service sera supprimé en tant que tel en 2001, par une circulaire qui définit une « mission de promotion de la santé » à laquelle participent les trois professions, chacune dans le cadre de ses compétences propres. Depuis, avec des révisions périodiques, chacun des métiers est doté d'une circulaire qui en fixe les missions, l'ensemble étant coiffé par une circulaire chapeau n° 2015-117 du 10 novembre 2015 « politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves » qui vise à en organiser les complémentarités. Cet historique explique que le ministère en soit arrivé à une *gestion en silos des métiers considérés*, sur laquelle reviendra la 3e partie de ce rapport, et qui constitue *un handicap pour la performance du dispositif de santé scolaire au sein de l'Éducation nationale*.*

Des missions fréquemment redéfinies par le législateur au cours des vingt dernières années

Depuis longtemps, les objectifs de visite médicale à l'entrée dans les apprentissages ne sont pas atteints. En raison de la difficulté de recruter des médecins scolaires, la situation est particulièrement critique en ce qui concerne la réalisation de la visite médicale de la 6^e année, dont doivent en principe bénéficier tous les enfants.

Cette visite est prescrite par l'article L. 541-1 du code de l'éducation, principal fondement juridique de la santé scolaire. Or, **depuis juin 2000, six versions de cet article se sont succédé**, de plus en plus étoffées.

- Jusqu'au 18 janvier 2002, l'article prescrit principalement la visite médicale obligatoire et gratuite pour « tous les enfants » dans leur 6^e année ; il prévoit ensuite « des examens médicaux périodiques » pendant tout le cours de la scolarité, et renvoie à un décret en Conseil d'État ;

- La version suivante⁸, applicable jusqu'au 6 mars 2007, ajoute que « à l'occasion de cette visite, un dépistage des troubles spécifiques du langage est organisé » ; une prise en charge et un suivi adaptés sont prévus ; la loi fait mention du lien entre les médecins de l'Éducation nationale et l'équipe éducative ainsi qu'avec les professionnels de santé ;

milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. »

⁷ Le site du syndicat infirmier SNICS-FSU de l'académie de Lille indique que ce service est alors « imposé aux infirmières de l'Éducation nationale » et « tente de reproduire le fonctionnement *santé-scolaire* à l'EN », c'est-à-dire un dispositif perçu comme hérité du ministère de la santé.

⁸ Résultant de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

- **La loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 de protection de l'enfance, particulièrement ambitieuse en matière de visites médicales, rajoute, à celle de la 6^e année, des visites médicales obligatoires au cours de la 9^e, la 12^e et la 15^e année ;** toutes ces visites s'appliquent à « **tous les enfants** » et comportent « un bilan de leur état de santé physique et psychologique ». La faculté est introduite pour les parents de fournir un certificat médical attestant que ce bilan « a été assuré par un professionnel de santé de leur choix », ce qui leur permet donc de recourir à un médecin libéral ou hospitalier. Les textes réglementaires fixant le contenu de l'examen médical de prévention et de dépistage relèvent du ministère de la santé.

Autre mention nouvelle importante : le suivi sanitaire des élèves est exercé non seulement avec le concours du service social, mais aussi « dans les établissements du second degré, de l'infirmière qui leur est affectée ».

Le texte prévoyait une montée en charge progressive : ainsi dans un délai de trois ans à compter de la publication de la loi, les visites obligatoires devaient être assurées pour la moitié au moins de la classe d'âge concernée et pour la totalité dans un délai de six ans. **La santé scolaire devait ainsi assumer, avec la PMI, une mission importante de protection de l'enfance.**

- C'est **la loi du 8 juillet 2013 de refondation de l'école de la République** qui, outre une définition du champ de la promotion de la santé dans un article L. 141-4-1 nouveau⁹, introduit la **promotion de la santé** dans l'article L. 541-1, en confiant ces missions « en priorité » aux « médecins et infirmiers de l'éducation nationale » ; à ce titre, indique la loi, « les élèves bénéficient, au cours de leur scolarité, d'actions de prévention et d'information, de visites médicales et de dépistage obligatoires, qui constituent leur parcours de santé dans le système scolaire » ; on voit ainsi apparaître la notion de parcours de santé, qui sera ensuite reprise par la loi santé de 2016. Le nouveau texte énonce deux objectifs de cette politique de santé scolaire ainsi reformulée : **réussite scolaire et réduction des inégalités en matière de santé.**

Le texte de 2013 ne fait plus mention des visites médicales de la 9^e, 12^e et 15^e années, mais seulement de celle de la 6^e année, renvoyant au-delà, comme d'ailleurs tous les textes antérieurs (y compris la loi de 2007), à « des examens médicaux périodiques » qui sont « également effectués pendant tout le cours de la scolarité ». S'agissant de la visite médicale

⁹ Art. L. 121-4-1 « II.- Le champ de la mission de promotion de la santé à l'école comprend :

1° La mise en place d'un environnement scolaire favorable à la santé ;

2° L'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation à la santé destinés à développer les connaissances des élèves à l'égard de leur santé et de celle des autres et à l'égard des services de santé ;

3° La participation à la politique de prévention sanitaire mise en œuvre en faveur des enfants et des adolescents, aux niveaux national, régional et départemental, et la promotion des liens entre services de santé scolaire, services de prévention territorialisée, services de santé ambulatoire et services hospitaliers ;

3° bis La coordination des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile avec les missions conduites dans les écoles élémentaires et maternelles ;

4° La réalisation des examens médicaux et des bilans de santé définis dans le cadre de la politique de la santé en faveur des enfants et des adolescents ainsi que ceux nécessaires à la définition des conditions de scolarisation des élèves ayant des besoins particuliers ;

5° La détection précoce des problèmes de santé ou des carences de soins pouvant entraver la scolarité ;

6° L'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisé des élèves ;

7° La participation à la veille épidémiologique par le recueil et l'exploitation de données statistiques.

La promotion de la santé à l'école telle que définie aux 1° à 7° du présent II relève en priorité des médecins et infirmiers de l'éducation nationale. » [...].

obligatoire de la 6^e année, la rédaction de la loi devient beaucoup plus floue et ambiguë ; la mention « tous les enfants » disparaît, et les ministres chargés de l'application (éducation nationale et santé) ont une certaine marge de manœuvre : ils « déterminent conjointement, par voie réglementaire, pour les visites médicales et les dépistages obligatoires, la périodicité et le contenu de l'examen médical de prévention et de dépistage ».

La mission du service social n'est désormais mentionnée que pour le second degré : « [...] le suivi sanitaire des élèves est exercé avec le concours de l'infirmier et, dans les établissements du second degré, d'un assistant de service social. »

- La version modifiée par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé intègre la référence à deux notions clés de cette loi ; la première est le parcours éducatif en santé¹⁰, de la maternelle au lycée, qui comporte une éducation en matière d'alimentation, d'hygiène, d'activité physique, de prévention des conduites à risque, visant à apprendre à chaque enfant à prendre soin de soi et des autres ; la seconde est la désignation par les parents d'un médecin traitant, généraliste ou pédiatre, pour leurs enfants (jusqu'à 16 ans), pour coordonner leur suivi et améliorer le dépistage précoce de l'obésité, des troubles des apprentissages, et plus tard des conduites addictives.

- Enfin, l'article L. 541-1 a été modifié par la loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance (art.13). Le nouvel article adapte les missions de la santé scolaire à l'abaissement à trois ans de l'âge de la scolarité obligatoire : la visite médicale de PMI entre 3 et 4 ans reste confiée aux services de PMI, bien qu'organisée à l'école, mais « lorsque le service départemental de protection maternelle et infantile n'est pas en mesure de la réaliser, la visite est effectuée par les professionnels de santé de l'éducation nationale ». L'article assigne à cette visite « un dépistage des troubles de santé, qu'ils soient sensoriels, psycho-affectifs, staturo-pondéraux ou neuro-développementaux, en particulier du langage oral. » Les services de santé scolaire devront donc remédier aux difficultés de la PMI, qui sont importantes, tout en assumant la visite de la 6^e année, dont ils ne parviennent aujourd'hui à s'acquitter que pour moins du cinquième des élèves. Le texte dispose en effet : « Au cours de la 6^e année, une visite permettant en particulier un dépistage des troubles spécifiques du langage et des apprentissages est organisée dans des conditions fixées par voie réglementaire. » On notera que la loi ne précise pas que cette visite concerne tous les enfants (bien que le présent soit prescriptif), ni qu'il s'agit d'une visite par un médecin. Cette rédaction laisse au pouvoir réglementaire une plus grande latitude quant à l'organisation de ces visites. Ces dispositions entreront en vigueur à la rentrée scolaire 2020 ; au moment du dépôt du présent rapport, les mesures d'application sont l'objet d'une préparation dans le cadre interministériel, et ne sont pas arbitrées. Néanmoins, le ministère affiche la doctrine suivante : « Il n'est pas nécessaire que tous les enfants de cette tranche d'âge soient vus, sans évidemment exclure que tous les enfants puissent à tout moment être accompagnés ou suivis par un professionnel de santé. En revanche, il est indispensable que ceux qui en ont effectivement besoin bénéficient d'une visite par un médecin. Il s'agit de prendre en considération tous les enfants, sans qu'ils aient tous besoin d'un examen approfondi. »¹¹

¹⁰ Référence à l'article L. 121-4-1 du même code de l'éducation : cet article fixe le champ de la mission de promotion de la santé à l'école. Son avant-dernier alinéa, auquel renvoie l'article L. 541-1 depuis 2016, indique que cette mission s'exerce en lien avec les ARS, les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie.

¹¹ Source : education.gouv.fr ; le système éducatif ; la loi pour une école de la confiance.

Annexe n° 3 : taux de féminisation des médecins, infirmiers, psychologues et assistants de service social

Tableau n° 1 : taux de féminisation des médecins, infirmiers, psychologues et assistants de service social

<i>Médecins*</i>	45,8 %
<i>dont médecins éducation nationale</i>	96,0 %
<i>Infirmiers*</i>	86,6 %
<i>dont infirmiers éducation nationale</i>	96,1 %
<i>Psychologues*</i>	85,6 %
<i>dont psychologues éducation nationale</i>	86,2 %
<i>Assistants/Conseillers techniques de service social ministères sociaux**</i>	90,2 %
<i>Assistants de service social éducation nationale</i>	95,6 %

* Effectifs 2018 de l'ensemble des professionnels de santé sur le territoire national (Source : site internet data.drees.sante.gouv.fr)

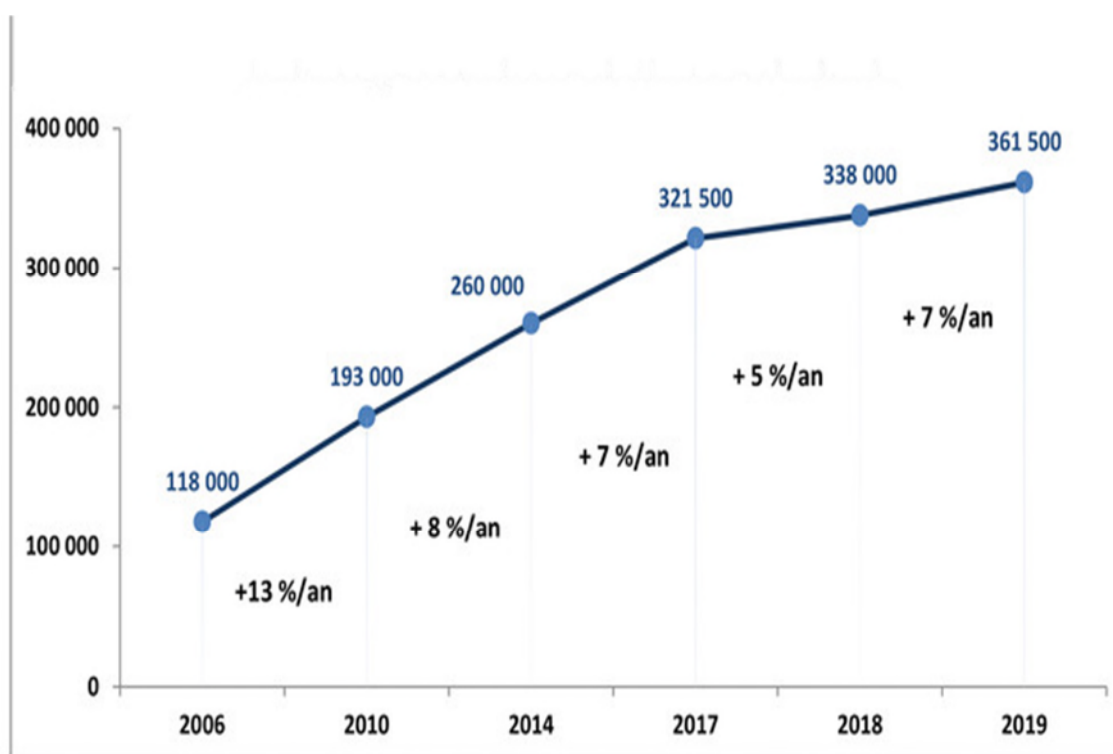
Personnels de l'éducation nationale : Observation au 30 novembre 2018 (source : DEPP).

** Chiffres au 31 décembre 2016 (source : rapport égalité femmes-hommes des ministères sociaux).

Annexe n° 4 : données sur l'école inclusive

Les effectifs d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire ont triplé depuis 2006. L'accroissement des besoins a eu pour corollaire une progression très sensible des effectifs et des dépenses de rémunération des personnels d'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap. Le ministère de l'éducation nationale a ainsi maintenu un taux de couverture des prescriptions des CADPH supérieur à 90 %.

Graphique n° 1 : évolution des effectifs d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire



Source : MENJ

Tableau n° 2 : évolution des dépenses de rémunération des personnels d'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap (en M€)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019 (Prévisions)
AESH T2	285,5	307,2	356,0	540,4	758,9	864,6
AESH-co HT2	76,4	81,0	72,2	63,3	59,1	52,7
AESH-m HT2	89,0	92,8	104,4	97,8	126,5	309,8
Contrats aidés	274,1	286,1	307,4	288,5	226,6	298,2
Total	725,0	767,1	840,0	990,0	1 171,1	1 525,3

Source : RAP 2014 à 2018 et PAP 2019 du programme 230

Tableau n° 3 : évolution des effectifs des personnels d'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap

	2014	2015	2016	2017	2018	2019 (Prévisions)
<i>AESH T2 en ETP</i>	10 621	11 704	13 319	20 384	28 513	35 409
<i>AESH-co HT2 en ETP</i>	2 958	3 069	2 669	2 300	1 943	1 942
<i>AESH-m HT2 en ETP</i>	3 448	3 516	3 862	3 551	4 186	11 425
<i>Contrats aidés en nombre</i>	67 500	69 959	74 822	65 981	42 245	26 767

Source : RAP 2014 à 2018 et PAP 2019 du programme 230

Tableau n° 4 : taux de couverture des prescriptions des CDAPH pour la scolarisation des élèves en situation de handicap (indicateur 2.3 du programme 230)

	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Taux de couverture des prescriptions d'aide humaine</i>	93,8	93,9	92,6	92	93
<i>Nombre de prescriptions d'aide humaine reçues</i>	119 944	130 819	146 507	164 578	187 454
<i>Taux de couverture, des prescriptions d'aide humaine individuelle</i>	94	93,9	93,4	92,6	93,8
<i>Nombre de prescriptions d'aide humaine individuelle reçues</i>	80 848	83 166	87 860	95 462	97 744
<i>Taux de couverture, des prescriptions d'aide humaine mutualisée</i>	93,2	93,9	91,5	91,2	92,1
<i>Nombre de prescriptions d'aide humaine mutualisée reçues</i>	39 096	47 653	58 647	69 116	89 710
<i>Taux de couverture, des prescriptions de mise à disposition de matériels pédagogiques adaptés</i>	84,7	83,4	81,7	81,2	80
<i>Nombre de prescriptions de mise à disposition de matériels pédagogiques adaptés reçues</i>	24 320	27 048	30 199	33 188	33 926

Source : RAP du programme 230 – Vie de l'élève

Annexe n° 5 : prévisions et consommations des crédits budgétaires des personnels de santé scolaire et d'assistance sociale

Les dépenses de personnel (titre 2) réalisées dépassent systématiquement les crédits votés en loi de finances initiale (LFI), alors que, paradoxalement, les emplois sont sous consommés.

Tableau n° 5 : prévisions LFI et consommation des crédits T2 (en M€) et des emplois (en ETPT) des personnels de santé scolaire et d'assistance sociale

		Action 2 - Santé scolaire		Action 4 - Action sociale	
		Titre 2	Emplois	Titre 2	Emplois
2018	LFI (1)	500,5	9 606	178,2	3 044
	Consommés (2)	556,8	8 723	193,3	2 918
	Écart (1)-(2)	-56,3	883	-15,1	126
2017	LFI (1)	487,8	9 540	171,8	2 976
	Consommés (2)	554,7	8 732	190,1	2 866
	Écart (1)-(2)	-66,9	808	-18,3	110
2016	LFI (1)	471,5	9 440	164,0	2 942
	Consommés (2)	543,8	8 734	182,8	2 802
	Écart (1)-(2)	-72,2	706	-18,8	140
2015	LFI (1)	469,2	9 390	163,2	2 893
	Consommés (2)	529,6	8 697	174,6	2 725
	Écart (1)-(2)	-60,5	693	-11,4	168
2014	LFI (1)	455,6	9 303	160,4	2 847
	Consommés (2)	520,3	8 651	171,3	2 677
	Écart (1)-(2)	-64,7	652	-10,9	170
2013	LFI (1)	449,3	9 293	158,2	2 774
	Consommés (2)	507,7	8 927	167,1	2 631
	Écart (1)-(2)	-58,5	366	-8,9	143

Source : RAP du programme 230

Annexe n° 6 : données sur l'allocation des moyens aux académies

Tableau n° 6 : nombre d'élèves par ETPT alloués en 2018

<i>Académie</i>	Médecin	Infirmier	Assistant service social	PsyEN 1D	PsyEN 2D
<i>Aix-Marseille</i>	7 761	1 422	1 678	1 508	1 089
<i>Amiens</i>	8 449	1 241	1 833	1 322	927
<i>Besançon</i>	9 568	1 175	2 187	1 102	929
<i>Bordeaux</i>	10 680	1 360	2 806	1 405	1 143
<i>Caen</i>	8 139	1 031	2 174	1 444	913
<i>Clermont-Ferrand</i>	8 435	986	1 974	1 461	932
<i>Corse</i>	6 797	1 098	1 448	1 900	1 017
<i>Créteil</i>	9 166	1 570	1 334	1 399	1 081
<i>Dijon</i>	8 634	1 146	2 055	1 295	875
<i>Grenoble</i>	10 040	1 477	2 499	1 616	1 180
<i>Lille</i>	7 239	1 191	1 693	1 761	848
<i>Limoges</i>	11 062	893	1 711	1 402	871
<i>Lyon</i>	10 111	1 483	2 044	1 763	1 056
<i>Montpellier</i>	9 758	1 511	2 256	1 535	1 278
<i>Nancy-Metz</i>	8 684	1 130	1 931	1 468	816
<i>Nantes</i>	11 333	1 281	2 687	1 652	1 089
<i>Nice</i>	8 174	1 629	2 341	1 636	1 235
<i>Orléans-Tours</i>	11 747	1 324	2 132	1 514	1 049
<i>Paris</i>	8 920	1 216	2 103	1 052	742
<i>Poitiers</i>	7 276	1 184	2 442	1 305	975
<i>Reims</i>	7 810	1 094	1 887	1 254	805
<i>Rennes</i>	9 831	1 133	2 857	1 748	1 055
<i>Rouen</i>	7 423	1 283	1 790	1 612	955
<i>Strasbourg</i>	7 492	1 444	1 969	1 886	1 048
<i>Toulouse</i>	9 529	1 320	2 249	1 467	1 208
<i>Versailles</i>	8 565	1 666	1 825	1 487	1 167
<i>Guadeloupe</i>	6 210	1 168	1 210	1 069	915
<i>Guyane</i>	10 144	1 298	1 115	2 301	1 541
<i>La Réunion</i>	6 867	1 327	1 422	1 576	1 314
<i>Martinique</i>	5 882	935	1 116	728	764
<i>Mayotte</i>	33 208	2 351	2 125	10 417	4 922
<i>France métro+DOM</i>	8 880	1 332	1 962	1 501	1 038

Sources : Calcul Cour des comptes d'après données de la DGESCO et de la DEPP. Champ : Médecins : élèves des 1^{er} et 2nd degré public et privé. Infirmiers : élèves des 1^{er} et 2nd degré public. Assistants de service social : élèves du 2nd degré public et privé. PsyEN 1D : élèves du 1^{er} degré public. PsyEN 2D (hors stagiaires) : élèves du 2nd degré public

Annexe n° 7 : le taux d'occupation des postes de médecins (hors vacataires) délégués aux académies par l'administration centrale

Au 30 novembre 2018, le taux d'occupation des postes est inférieur à 60 % dans 6 académies, dont 3 ont un taux inférieur à 50 % : Rouen (43 %), Créteil (43 %) et Reims (48 %). À l'opposé, 5 académies présentent un taux supérieur à 85 % : Montpellier (87 %), La Réunion (88 %), Toulouse (89 %), Nantes (89 %) et Paris (100 %).

Tableau n° 7 : évolution du taux d'occupation des postes de médecins entre 2013 et 2018

<i>Académie</i>	30/11/2013	30/11/2018
<i>Aix-Marseille</i>	95 %	75 %
<i>Amiens</i>	72 %	70 %
<i>Besançon</i>	93 %	67 %
<i>Bordeaux</i>	87 %	75 %
<i>Caen</i>	98 %	81 %
<i>Clermont-Ferrand</i>	85 %	61 %
<i>Corse</i>	83 %	57 %
<i>Créteil</i>	69 %	43 %
<i>Dijon</i>	91 %	75 %
<i>Grenoble</i>	86 %	84 %
<i>Guadeloupe</i>	54 %	74 %
<i>Guyane</i>	64 %	63 %
<i>La Réunion</i>	102 %	88 %
<i>Lille</i>	81 %	61 %
<i>Limoges</i>	96 %	53 %
<i>Lyon</i>	94 %	67 %
<i>Martinique</i>	78 %	73 %
<i>Montpellier</i>	95 %	87 %
<i>Nancy-Metz</i>	78 %	60 %
<i>Nantes</i>	96 %	89 %
<i>Nice</i>	106 %	78 %
<i>Orléans-Tours</i>	76 %	54 %
<i>Paris</i>	93 %	100 %
<i>Poitiers</i>	88 %	77 %
<i>Reims</i>	55 %	48 %
<i>Rennes</i>	76 %	76 %
<i>Rouen</i>	57 %	43 %
<i>Strasbourg</i>	79 %	77 %
<i>Toulouse</i>	99 %	89 %
<i>Versailles</i>	80 %	62 %
<i>Métropole + 4 DOM</i>	83 %	69 %

Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies et du MENJ (DEPP)

Annexe n° 8 : le taux d'occupation des postes des infirmiers, assistants de service social et psychologues et personnels contractuels

Tableau n° 8 : évolution du taux d'occupation des postes entre 2013 et 2018

	Taux global d'occupation des postes		Taux global d'occupation des postes par des titulaires	
	30-nov-13	30-nov-18	30-nov-13	30-nov-18
<i>Infirmiers</i>	100,3 %	101,8 %	91,9 %	91,7 %
<i>Assistants de service social</i>	105,2 %	104,7 %	93,5 %	94,7 %
<i>Psychologues 1^{er} degré</i>	ND	98,5 %	ND	92,8 %
<i>Psychologues 2nd degré</i>	104,4 %	105,5 %	78,1 %	80,9 %

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

ND : En 2013, les emplois de psychologues 1^{er} degré ne faisaient pas l'objet d'une dotation spécifique

La part des contractuels dans le total des effectifs est très variable selon les académies comme retracé dans le tableau ci-dessous.

Tableau n° 9 : le recours au personnels contractuels : les taux les plus élevés et les taux les plus faibles (hors Mayotte)

	Moyenne nationale	Les taux académiques les plus élevés	Les taux académiques les plus faibles
<i>Médecins</i>	17,4 %	Guyane : 80,0 % Paris : 42,9 % Corse : 37,5 %	Martinique : 0 % Rennes : 5,9 % Besançon : 6,8 %
<i>Infirmiers</i>	10,0 %	Orléans-Tours : 14,7 % Caen : 14,5 % Martinique : 14,1 %	Strasbourg : 2,7 % Créteil : 4,2 % Aix-Marseille : 4,5 %
<i>Assistants de service social</i>	9,7 %	Caen : 18,9 % Rouen : 16,7 % Bordeaux : 16,7 %	Guyane : 3,0 % Versailles : 3,2 % Paris : 4,5 %
<i>Psychologues 1^{er} degré</i>	6,6 %	Guyane : 34,8 % La Réunion : 24,4 % Dijon : 14,7 %	Nice, Paris, Rouen, Martinique : 0 %
<i>Psychologues 2nd degré</i>	25,0 %	Dijon : 38,3 % La Réunion : 37,1 % Grenoble : 36,2 %	Aix-Marseille : 13,8 % Caen : 14,1 % Guadeloupe : 14,1 %

Annexe n° 9 : nombre d'élèves par infirmier : évolution par département

Le taux d'encadrement s'est amélioré depuis 2013 dans les trois quarts des départements, particulièrement dans trois départements ultramarins (Mayotte : -27 % d'élèves par ETP ; Martinique : -23 % ; Guadeloupe : -18 %), en Haute-Loire (-22 %), dans le Gers, l'Indre et la Meuse (-15 % pour ces trois derniers départements). En revanche, il se dégrade dans 19 départements (la situation est stable dans 6 départements), surtout en Ardèche (+21 % d'élèves par ETP) et en Lozère (+18 %).

Les variations peuvent être significatives au sein d'une même académie. Ainsi, dans l'académie d'Aix-Marseille, les départements des Alpes-de-Haute-Provence (978) et les Hautes-Alpes (848) sont très en deçà de la moyenne académique (1 457) et sont deux fois mieux pourvus que le département des Bouches-du-Rhône (1 633). Le département de la Lozère (692) bénéficie d'un encadrement infirmier deux fois plus favorable que celui de l'académie de Montpellier dans sa globalité (1 487) :

Tableau n° 10 : évolution par département du nombre d'élèves par infirmier entre 2013 et 2018

<i>Académie/Département</i>	Nombre d'élèves par ETP d'infirmier		
	<i>30/11/2013</i>	<i>30/11/2018</i>	<i>Variation</i>
<i>Aix-Marseille</i>	1 474	1 457	-1 %
<i>Alpes-de-Haute-Provence</i>	1 058	978	-8 %
<i>Bouches-du-Rhône</i>	1 636	1 633	0 %
<i>Hautes-Alpes</i>	917	848	-7 %
<i>Vaucluse</i>	1 373	1 356	-1 %
<i>Amiens</i>	1 275	1 186	-7 %
<i>Aisne</i>	1 150	1 051	-9 %
<i>Oise</i>	1 397	1 307	-6 %
<i>Somme</i>	1 235	1 157	-6 %
<i>Besançon</i>	1 177	1 138	-3 %
<i>Doubs</i>	1 255	1 198	-5 %
<i>Haute-Saône</i>	1 105	1 123	2 %
<i>Jura</i>	1 027	952	-7 %
<i>Territoire de Belfort</i>	1 361	1 346	-1 %
<i>Bordeaux</i>	1 337	1 350	1 %
<i>Dordogne</i>	1 153	1 075	-7 %
<i>Gironde</i>	1 472	1 557	6 %
<i>Landes</i>	1 285	1 243	-3 %
<i>Lot-et-Garonne</i>	1 270	1 171	-8 %
<i>Pyrénées-Atlantiques</i>	1 230	1 253	2 %
<i>Caen</i>	1 134	1 017	-10 %

<i>Académie/Département</i>	Nombre d'élèves par ETP d'infirmier		
	<i>30/11/2013</i>	<i>30/11/2018</i>	<i>Variation</i>
<i>Calvados</i>	1 211	1 062	-12 %
<i>Manche</i>	1 115	998	-10 %
<i>Orne</i>	995	938	-6 %
<i>Clermont-Ferrand</i>	1 005	917	-9 %
<i>Allier</i>	993	973	-2 %
<i>Cantal</i>	742	680	-8 %
<i>Haute-Loire</i>	987	773	-22 %
<i>Puy-de-Dôme</i>	1 096	1 006	-8 %
<i>Corse</i>	1 070	1 065	-1 %
<i>Corse-du-Sud</i>	994	1 077	8 %
<i>Haute-Corse</i>	1 147	1 054	-8 %
<i>Créteil</i>	1 548	1 522	-2 %
<i>Seine-et-Marne</i>	1 702	1 642	-4 %
<i>Seine-Saint-Denis</i>	1 311	1 318	1 %
<i>Val-de-Marne</i>	1 785	1 741	-2 %
<i>Dijon</i>	1 186	1 097	-8 %
<i>Côte-d'Or</i>	1 258	1 183	-6 %
<i>Nièvre</i>	906	817	-10 %
<i>Saône-et-Loire</i>	1 202	1 128	-6 %
<i>Yonne</i>	1 275	1 136	-11 %
<i>Grenoble</i>	1 457	1 467	1 %
<i>Ardèche</i>	1 067	1 290	21 %
<i>Drôme</i>	1 381	1 302	-6 %
<i>Haute-Savoie</i>	1 718	1 861	8 %
<i>Isère</i>	1 505	1 444	-4 %
<i>Savoie</i>	1 346	1 321	-2 %
<i>Guadeloupe</i>	1 324	1 088	-18 %
<i>Guyane</i>	1 470	1 301	-12 %
<i>La Réunion</i>	1 370	1 284	-6 %
<i>Lille</i>	1 213	1 157	-5 %
<i>Nord</i>	1 207	1 134	-6 %
<i>Pas-de-Calais</i>	1 223	1 196	-2 %
<i>Limoges</i>	933	849	-9 %
<i>Corrèze</i>	866	755	-13 %
<i>Creuse</i>	777	687	-12 %
<i>Haute-Vienne</i>	1 046	987	-6 %
<i>Lyon</i>	1 431	1 415	-1 %

<i>Académie/Département</i>	Nombre d'élèves par ETP d'infirmier		
	<i>30/11/2013</i>	<i>30/11/2018</i>	<i>Variation</i>
<i>Ain</i>	1 465	1 432	-2 %
<i>Loire</i>	1 188	1 173	-1 %
<i>Rhône</i>	1 543	1 529	-1 %
<i>Martinique</i>	1 130	874	-23 %
<i>Mayotte</i>	2 878	2 095	-27 %
<i>Montpellier</i>	1 505	1 487	-1 %
<i>Aude</i>	1 534	1 399	-9 %
<i>Gard</i>	1 583	1 563	-1 %
<i>Hérault</i>	1 608	1 555	-3 %
<i>Lozère</i>	587	692	18 %
<i>Pyrénées-Orientales</i>	1 420	1 482	4 %
<i>Nancy-Metz</i>	1 168	1 136	-3 %
<i>Meurthe-et-Moselle</i>	1 242	1 247	0 %
<i>Meuse</i>	1 096	930	-15 %
<i>Moselle</i>	1 207	1 209	0 %
<i>Vosges</i>	1 001	907	-9 %
<i>Nantes</i>	1 268	1 245	-2 %
<i>Loire-Atlantique</i>	1 387	1 402	1 %
<i>Maine-et-Loire</i>	1 215	1 195	-2 %
<i>Mayenne</i>	1 093	1 102	1 %
<i>Sarthe</i>	1 277	1 130	-11 %
<i>Vendée</i>	1 178	1 199	2 %
<i>Nice</i>	1 668	1 582	-5 %
<i>Alpes-Maritimes</i>	1 668	1 505	-10 %
<i>Var</i>	1 669	1 671	0 %
<i>Orléans-Tours</i>	1 325	1 243	-6 %
<i>Cher</i>	1 205	1 077	-11 %
<i>Eure-et-Loir</i>	1 346	1 215	-10 %
<i>Indre</i>	1 088	921	-15 %
<i>Indre-et-Loire</i>	1 317	1 363	3 %
<i>Loiret</i>	1 477	1 427	-3 %
<i>Loir-et-Cher</i>	1 305	1 151	-12 %
<i>Paris</i>	1 388	1 209	-13 %
<i>Poitiers</i>	1 196	1 107	-7 %
<i>Charente</i>	1 179	1 098	-7 %
<i>Charente-Maritime</i>	1 291	1 108	-14 %
<i>Deux-Sèvres</i>	1 139	1 157	2 %

<i>Académie/Département</i>	Nombre d'élèves par ETP d'infirmier		
	<i>30/11/2013</i>	<i>30/11/2018</i>	<i>Variation</i>
<i>Vienne</i>	1 135	1 075	-5 %
Reims	1 132	1 054	-7 %
<i>Ardennes</i>	1 043	951	-9 %
<i>Aube</i>	1 414	1 251	-12 %
<i>Haute-Marne</i>	798	734	-8 %
<i>Marne</i>	1 215	1 169	-4 %
Rennes	1 130	1 117	-1 %
<i>Côtes-d'Armor</i>	1 100	1 064	-3 %
<i>Finistère</i>	1 092	1 076	-2 %
<i>Ille-et-Vilaine</i>	1 253	1 249	0 %
<i>Morbihan</i>	1 025	1 018	-1 %
Rouen	1 299	1 247	-4 %
<i>Eure</i>	1 458	1 381	-5 %
<i>Seine-Maritime</i>	1 230	1 188	-3 %
Strasbourg	1 468	1 442	-2 %
<i>Bas-Rhin</i>	1 511	1 528	1 %
<i>Haut-Rhin</i>	1 410	1 329	-6 %
Toulouse	1 311	1 315	0 %
<i>Ariège</i>	1 060	1 045	-1 %
<i>Aveyron</i>	1 217	1 146	-6 %
<i>Gers</i>	967	819	-15 %
<i>Haute-Garonne</i>	1 497	1 574	5 %
<i>Hautes-Pyrénées</i>	1 206	1 162	-4 %
<i>Lot</i>	1 115	1 039	-7 %
<i>Tarn</i>	1 154	1 161	1 %
<i>Tarn-et-Garonne</i>	1 571	1 601	2 %
Versailles	1 676	1 666	-1 %
<i>Essonne</i>	1 678	1 644	-2 %
<i>Hauts-de-Seine</i>	1 790	1 823	2 %
<i>Val-d'Oise</i>	1 602	1 603	0 %
<i>Yvelines</i>	1 645	1 618	-2 %
<i>Métropole + DOM¹²</i>	1 348	1 300	-4 %

Champ : Élèves du 1^{er} et du 2nd degré public.

Source : Calcul Cour des comptes d'après données du MENJ (DEPP)

¹² La moyenne nationale est une moyenne pondérée en fonction des effectifs de chaque département.

Annexe n° 10 : nombre d'élèves par médecin : évolution par département

Tableau n° 11 : nombre d'élèves par ETP de médecins au 30 novembre 2018

<i>Nb élèves par ETP médecin au 30 novembre 2018</i>	Nb de départements
<i>Inférieur à 8 000</i>	6
<i>Entre 8 000 et 12 000</i>	36
<i>Entre 12 000 et 16 000</i>	27
<i>Entre 16 000 et 20 000</i>	11
<i>Supérieur à 20 000</i>	19
Total	99

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

Le taux d'encadrement s'est dégradé depuis 2013 dans 75 départements, parfois dans des proportions considérables : au-delà de 40 % dans 31 départements¹³ (en Dordogne, le nombre d'élèves par ETP est multiplié par 7, tandis qu'il fait plus que doubler dans le Cher et progresse de plus de 190 % dans l'Yonne et le Gers). À l'inverse, il s'est amélioré dans 26 départements, particulièrement en Guadeloupe (diminution de 35 % du nombre d'élèves par ETP), dans la Somme (-29 %), les Alpes-de-Haute-Provence (-26 %) et les Alpes-Maritimes (-23 %).

Les situations peuvent être très hétérogènes entre les départements d'une même académie. Parmi de nombreux exemples, c'est notamment le cas dans les académies d'Amiens (7 222 élèves par ETP de médecins dans la Somme, 22 293 dans l'Aisne), de Corse (7 454 en Corse-du-Sud, 25 219 en Haute-Corse), de Dijon (9 054 en Saône-et-Loire, 27 269 dans l'Yonne), de Grenoble (9 012 en Savoie, 30 484 en Ardèche) ou de Toulouse (8 965 dans l'Aveyron, 29 443 dans le Gers).

Tableau n° 12 : évolution par département du nombre d'élèves par médecin entre 2013 et 2018

<i>Académie/Département</i>	Nombre d'élèves par ETP de médecin		
	30/11/2013	30/11/2018	Variation
<i>Aix-Marseille</i>	8 375	10 309	23 %
<i>Alpes-de-Haute-Provence</i>	9 280	6 823	-26 %
<i>Bouches-du-Rhône</i>	8 081	10 077	25 %
<i>Hautes-Alpes</i>	7 187	9 640	34 %
<i>Vaucluse</i>	9 717	13 280	37 %
Amiens	11 973	12 191	2 %
<i>Aisne</i>	14 394	22 293	55 %
<i>Oise</i>	12 095	14 348	19 %

¹³ Compte non tenu des départements de Mayotte et de l'Indre. Le calcul d'un taux d'encadrement au 30 novembre 2018 est, en effet, impossible pour ces deux départements, puisqu'ils ne comptaient aucun médecin de secteur à cette date.

<i>Académie/Département</i>	Nombre d'élèves par ETP de médecin		
	30/11/2013	30/11/2018	Variation
<i>Somme</i>	10 140	7 222	-29 %
Besançon	10 992	14 319	30 %
<i>Doubs</i>	10 379	13 424	29 %
<i>Haute-Saône</i>	13 190	16 001	21 %
<i>Jura</i>	9 808	11 801	20 %
<i>Territoire de Belfort</i>	13 228	26 312	99 %
Bordeaux	11 637	13 678	18 %
<i>Dordogne</i>	11 665	99 370	752 %
<i>Gironde</i>	11 384	11 703	3 %
<i>Landes</i>	14 250	15 148	6 %
<i>Lot-et-Garonne</i>	11 303	14 183	25 %
<i>Pyrénées-Atlantiques</i>	11 127	12 024	8 %
Caen	8 873	10 053	13 %
<i>Calvados</i>	11 135	9 536	-14 %
<i>Manche</i>	7 396	11 194	51 %
<i>Orne</i>	7 575	9 680	28 %
Clermont-Ferrand	9 650	12 825	33 %
<i>Allier</i>	8 673	11 853	37 %
<i>Cantal</i>	10 546	20 198	92 %
<i>Haute-Loire</i>	20 262	23 200	15 %
<i>Puy-de-Dôme</i>	8 304	10 752	29 %
Corse	8 055	11 896	48 %
<i>Corse-du-Sud</i>	7 334	7 454	2 %
<i>Haute-Corse</i>	8 827	25 219	186 %
Créteil	12 532	21 168	69 %
<i>Seine-et-Marne</i>	17 279	30 182	75 %
<i>Seine-Saint-Denis</i>	10 970	15 893	45 %
<i>Val-de-Marne</i>	11 041	23 528	113 %
Dijon	9 753	11 562	19 %
<i>Côte-d'Or</i>	10 387	9 706	-7 %
<i>Nièvre</i>	12 216	16 338	34 %
<i>Saône-et-Loire</i>	8 840	9 054	2 %
<i>Yonne</i>	9 352	27 269	192 %
Grenoble	11 588	12 155	5 %
<i>Ardèche</i>	17 705	30 484	72 %
<i>Drôme</i>	11 256	13 886	23 %
<i>Haute-Savoie</i>	13 152	14 095	7 %

<i>Académie/Département</i>	Nombre d'élèves par ETP de médecin		
	30/11/2013	30/11/2018	Variation
<i>Isère</i>	10 546	10 297	-2 %
<i>Savoie</i>	9 939	9 012	-9 %
<i>Guadeloupe</i>	12 915	8 384	-35 %
<i>Guyane</i>	17 030	16 230	-5 %
<i>La Réunion</i>	6 967	7 793	12 %
<i>Lille</i>	8 986	11 849	32 %
<i>Nord</i>	8 842	10 328	17 %
<i>Pas-de-Calais</i>	9 256	16 246	76 %
<i>Limoges</i>	13 065	19 073	46 %
<i>Corrèze</i>	18 989	37 074	95 %
<i>Creuse</i>	16 253	15 220	-6 %
<i>Haute-Vienne</i>	10 381	15 350	48 %
<i>Lyon</i>	10 333	15 141	47 %
<i>Ain</i>	13 030	32 729	151 %
<i>Loire</i>	10 221	16 500	61 %
<i>Rhône</i>	9 616	12 233	27 %
<i>Martinique</i>	8 586	8 823	3 %
<i>Mayotte</i>	29 176	Pas de médecin	
<i>Montpellier</i>	10 410	11 225	8 %
<i>Aude</i>	8 706	12 645	45 %
<i>Gard</i>	12 335	13 053	6 %
<i>Hérault</i>	9 886	10 972	11 %
<i>Lozère</i>	13 631	25 830	89 %
<i>Pyrénées-Orientales</i>	10 170	8 342	-18 %
<i>Nancy-Metz</i>	11 305	14 578	29 %
<i>Meurthe-et-Moselle</i>	9 454	10 990	16 %
<i>Meuse</i>	9 791	12 176	24 %
<i>Moselle</i>	12 541	18 643	49 %
<i>Vosges</i>	13 841	16 699	21 %
<i>Nantes</i>	11 742	12 731	8 %
<i>Loire-Atlantique</i>	11 636	11 546	-1 %
<i>Maine-et-Loire</i>	12 681	12 107	-5 %
<i>Mayenne</i>	32 607	31 775	-3 %
<i>Sarthe</i>	9 332	14 989	61 %
<i>Vendée</i>	10 114	11 232	11 %
<i>Nice</i>	9 298	10 424	12 %
<i>Alpes-Maritimes</i>	12 320	9 431	-23 %

<i>Académie/Département</i>	Nombre d'élèves par ETP de médecin		
	30/11/2013	30/11/2018	Variation
<i>Var</i>	7 433	11 700	57 %
<i>Orléans-Tours</i>	15 364	21 920	43 %
<i>Cher</i>	14 203	47 753	236 %
<i>Eure-et-Loir</i>	16 545	21 773	32 %
<i>Indre</i>	59 198	Pas de médecin	
<i>Indre-et-Loire</i>	10 802	15 191	41 %
<i>Loiret</i>	17 728	24 911	41 %
<i>Loir-et-Cher</i>	15 121	14 707	-3 %
<i>Paris</i>	9 557	8 882	-7 %
<i>Poitiers</i>	8 311	9 476	14 %
<i>Charente</i>	9 954	9 247	-7 %
<i>Charente-Maritime</i>	8 102	9 373	16 %
<i>Deux-Sèvres</i>	10 862	11 098	2 %
<i>Vienne</i>	6 393	8 659	35 %
<i>Reims</i>	13 236	15 117	14 %
<i>Ardennes</i>	15 395	22 494	46 %
<i>Aube</i>	15 344	19 784	29 %
<i>Haute-Marne</i>	16 904	15 924	-6 %
<i>Marne</i>	10 968	11 706	7 %
<i>Rennes</i>	10 749	10 689	-1 %
<i>Côtes-d'Armor</i>	10 220	9 021	-12 %
<i>Finistère</i>	8 724	7 902	-9 %
<i>Ille-et-Vilaine</i>	13 876	14 211	2 %
<i>Morbihan</i>	10 566	12 866	22 %
<i>Rouen</i>	13 047	17 444	34 %
<i>Eure</i>	17 373	19 220	11 %
<i>Seine-Maritime</i>	11 614	16 683	44 %
<i>Strasbourg</i>	9 438	9 690	3 %
<i>Bas-Rhin</i>	9 454	9 109	-4 %
<i>Haut-Rhin</i>	9 418	10 536	12 %
<i>Toulouse</i>	9 545	10 742	13 %
<i>Ariège</i>	13 176	12 190	-7 %
<i>Aveyron</i>	9 182	8 965	-2 %
<i>Gers</i>	10 121	29 443	191 %
<i>Haute-Garonne</i>	10 159	9 925	-2 %
<i>Hautes-Pyrénées</i>	8 490	18 284	115 %
<i>Lot</i>	6 963	6 464	-7 %

<i>Académie/Département</i>	Nombre d'élèves par ETP de médecin		
	30/11/2013	30/11/2018	Variation
<i>Tarn</i>	8 786	10 458	19 %
<i>Tarn-et-Garonne</i>	9 413	13 478	43 %
<i>Versailles</i>	9 746	12 596	29 %
<i>Essonne</i>	8 623	13 058	51 %
<i>Hauts-de-Seine</i>	10 368	10 655	3 %
<i>Val-d'Oise</i>	9 480	14 920	57 %
<i>Yvelines</i>	10 606	12 625	19 %
<i>Métropole + DOM¹⁴</i>	10 480	12 572	20 %

Champ : Élèves du 1^{er} et du 2nd degré public et privé. Les élèves pris en charges par les villes délégataires ne sont pas pris en compte.

Source : Calcul Cour des comptes d'après données du MENJ (DEPP)

¹⁴ La moyenne nationale est une moyenne pondérée en fonction des effectifs de chaque département.

Annexe n° 11 : nombre d'élèves par assistant de service social : évolution par département

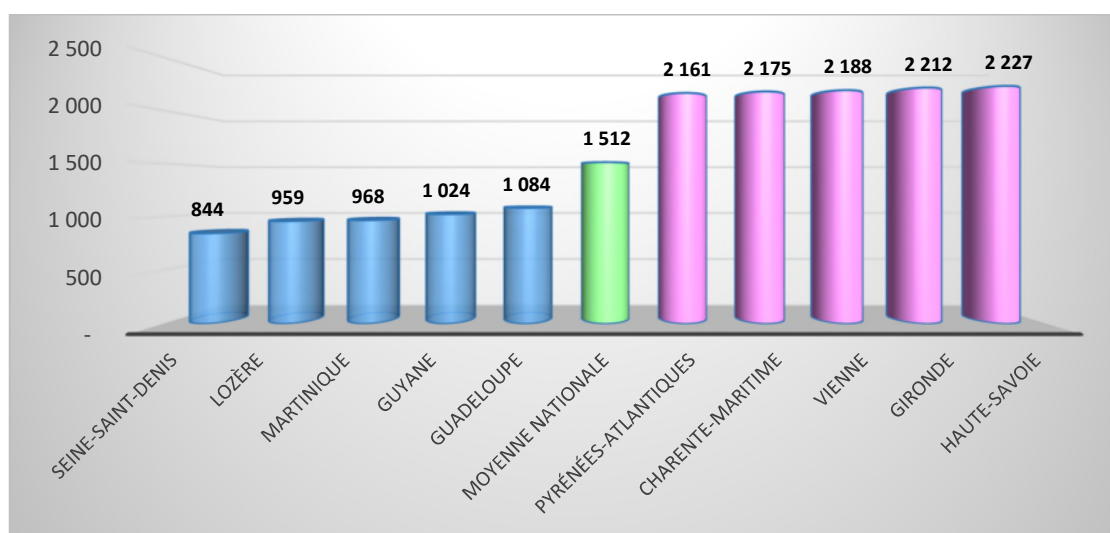
Au 30 novembre 2018, le nombre d'élèves du 2nd degré du public par ETP d'assistant social était de 1 512, soit 5,5 % de moins qu'au 30 novembre 2013 (1 600 élèves).

Le taux d'encadrement s'améliore dans 75 départements, parfois dans des proportions très significatives : au-delà de 20 % dans 14 départements, notamment 3 départements ultramarins (le nombre d'élèves par ETP diminue de 34 % à Mayotte, 29 % en Martinique et 24 % en Guyane¹⁵), les Deux-Sèvres (-26 %), le Tarn-et-Garonne (-26 %), les Ardennes (-25 %) et le Territoire de Belfort (-25 %). À l'inverse, il se dégrade de 10 % et plus dans 5 départements : Haute-Marne (augmentation du nombre d'élève par ETP de 10 %), Ariège (+12 %), Eure-et-Loir (+13 %), Haute-Savoie (+15 %), Ardèche (+18 %).

L'amélioration du taux d'encadrement de 5,5 % au niveau national résulte d'une progression des effectifs des personnels d'assistance sociale (+9,1 %)¹⁶ supérieure à celle des élèves du 2nd degré public (+6,1 %). Au 30 novembre 2018, le nombre de postes occupés représentait 2 941 ETP (2 695 ETP au 30 novembre 2013), dont 9,7 % d'agents contractuels (11,2 % au 30 novembre 2013).

Les moyennes départementales du nombre d'élèves par ETP varient de 844 (Seine-Saint-Denis) à 2 227 (Haute-Savoie).

Graphique n° 2 : nombre d'élèves par ETP de personnels d'assistance sociale : les 5 taux les plus favorables et les 5 taux les plus dégradés



Source : Calcul Cour des comptes d'après données du MENJ (DEPP)

¹⁵ Il diminue également, mais dans de moindres proportions, en Guadeloupe (-12 %) et à La Réunion (-7 %).

¹⁶ À Mayotte, les effectifs font presque doubler (23 ETP au 30 novembre 2018, contre 12 ETP au 30 novembre 2013). Cependant, le taux d'encadrement demeure nettement moins favorable que la moyenne nationale (1 926 élèves par ETP au 30/11/2018 contre une moyenne nationale de 1 512).

Les situations peuvent être très hétérogènes entre les départements d'une même académie. C'est le cas dans les académies de Créteil (844 élèves par ETP en Seine-Saint-Denis, 1 573 en Seine-et-Marne), de Dijon (1 190 dans la Nièvre, 1 957 en Saône-et-Loire), de Limoges (1 188 dans la Creuse, 1 814 en Haute-Vienne) ou encore de Montpellier (959 en Lozère, 1 825 dans l'Hérault).

Tableau n° 13 : nombre d'élèves par assistant de service social

<i>Académie/Département</i>	Nb élèves par ETP d'assistant de service social		
	2013	2018	Variation
<i>Aix-Marseille</i>	1 478	1 331	-10 %
<i>Alpes-de-Haute-Provence</i>	1 454	1 249	-14 %
<i>Bouches-du-Rhône</i>	1 505	1 332	-12%
<i>Hautes-Alpes</i>	1 282	1 268	-1%
<i>Vaucluse</i>	1 456	1 374	-6%
<i>Amiens</i>	1 637	1 512	-8%
<i>Aisne</i>	1 596	1 392	-13%
<i>Oise</i>	1 666	1 641	-1%
<i>Somme</i>	1 636	1 454	-11%
<i>Besançon</i>	1 997	1 780	-11%
<i>Doubs</i>	2 157	1 930	-11%
<i>Haute-Saône</i>	1 826	1 664	-9%
<i>Jura</i>	1 876	1 790	-5%
<i>Territoire de Belfort</i>	1 995	1 505	-25%
<i>Bordeaux</i>	2 405	2 077	-14%
<i>Dordogne</i>	2 058	1 750	-15%
<i>Gironde</i>	2 685	2 212	-18%
<i>Landes</i>	2 205	2 061	-7%
<i>Lot-et-Garonne</i>	2 123	1 804	-15%
<i>Pyrénées-Atlantiques</i>	2 350	2 161	-8%
<i>Caen</i>	1 557	1 525	-2%
<i>Calvados</i>	1 674	1 597	-5%
<i>Manche</i>	1 639	1 598	-3%
<i>Orne</i>	1 231	1 274	4%
<i>Clermont-Ferrand</i>	1 690	1 462	-13%
<i>Allier</i>	1 644	1 440	-12%
<i>Cantal</i>	1 469	1 522	4%
<i>Haute-Loire</i>	1 559	1 463	-6%
<i>Puy-de-Dôme</i>	1 820	1 463	-20%
<i>Corse</i>	1 601	1 356	-15%

<i>Académie/Département</i>	Nb élèves par ETP d'assistant de service social		
	2013	2018	Variation
<i>Corse-du-Sud</i>	1 613	1 369	-15%
<i>Haute-Corse</i>	1 590	1 344	-15%
<i>Créteil</i>	1 118	1 143	2%
<i>Seine-et-Marne</i>	1 595	1 573	-1%
<i>Seine-Saint-Denis</i>	796	844	6%
<i>Val-de-Marne</i>	1 303	1 316	1%
<i>Dijon</i>	1 815	1 718	-5%
<i>Côte-d'Or</i>	1 732	1 838	6%
<i>Nièvre</i>	1 369	1 190	-13%
<i>Saône-et-Loire</i>	1 999	1 957	-2%
<i>Yonne</i>	2 035	1 660	-18%
<i>Grenoble</i>	1 800	1 888	5%
<i>Ardèche</i>	1 478	1 749	18%
<i>Drôme</i>	1 953	1 631	-16%
<i>Haute-Savoie</i>	1 935	2 227	15%
<i>Isère</i>	1 761	1 888	7%
<i>Savoie</i>	1 802	1 838	2%
<i>Guadeloupe</i>	1 227	1 084	-12%
<i>Guyane</i>	1 341	1 024	-24%
<i>La Réunion</i>	1 364	1 270	-7%
<i>Lille</i>	1 254	1 162	-7%
<i>Nord</i>	1 209	1 103	-9%
<i>Pas-de-Calais</i>	1 326	1 264	-5%
<i>Limoges</i>	1 678	1 571	-6%
<i>Corrèze</i>	1 402	1 475	5%
<i>Creuse</i>	1 173	1 188	1%
<i>Haute-Vienne</i>	2 257	1 814	-20%
<i>Lyon</i>	1 517	1 467	-3%
<i>Ain</i>	1 957	1 736	-11%
<i>Loire</i>	1 453	1 359	-7%
<i>Rhône</i>	1 412	1 423	1%
<i>Martinique</i>	1 366	968	-29%
<i>Mayotte</i>	2 903	1 926	-34%
<i>Montpellier</i>	1 945	1 731	-11%
<i>Aude</i>	1 812	1 538	-15%
<i>Gard</i>	1 803	1 805	0%

<i>Académie/Département</i>	Nb élèves par ETP d'assistant de service social		
	2013	2018	Variation
<i>Hérault</i>	2 050	1 825	-11%
<i>Lozère</i>	1 109	959	-14%
<i>Pyrénées-Orientales</i>	2 295	1 742	-24%
<i>Nancy-Metz</i>	1 732	1 644	-5%
<i>Meurthe-et-Moselle</i>	1 705	1 782	5%
<i>Meuse</i>	1 820	1 407	-23%
<i>Moselle</i>	1 715	1 595	-7%
<i>Vosges</i>	1 784	1 671	-6%
<i>Nantes</i>	1 603	1 504	-6%
<i>Loire-Atlantique</i>	1 648	1 636	-1%
<i>Maine-et-Loire</i>	1 580	1 499	-5%
<i>Mayenne</i>	1 749	1 336	-24%
<i>Sarthe</i>	1 509	1 404	-7%
<i>Vendée</i>	1 581	1 443	-9%
<i>Nice</i>	2 120	1 959	-8%
<i>Alpes-Maritimes</i>	2 014	2 036	1%
<i>Var</i>	2 239	1 886	-16%
<i>Orléans-Tours</i>	1 940	1 838	-5%
<i>Cher</i>	1 949	1 687	-13%
<i>Eure-et-Loir</i>	1 634	1 846	13%
<i>Indre</i>	1 883	1 842	-2%
<i>Indre-et-Loire</i>	2 256	1 828	-19%
<i>Loiret</i>	1 998	1 942	-3%
<i>Loir-et-Cher</i>	1 855	1 753	-5%
<i>Paris</i>	1 400	1 332	-5%
<i>Poitiers</i>	2 393	2 011	-16%
<i>Charente</i>	1 930	1 620	-16%
<i>Charente-Maritime</i>	2 705	2 175	-20%
<i>Deux-Sèvres</i>	2 700	1 988	-26%
<i>Vienne</i>	2 224	2 188	-2%
<i>Reims</i>	1 690	1 550	-8%
<i>Ardennes</i>	1 742	1 314	-25%
<i>Aube</i>	1 693	1 593	-6%
<i>Haute-Marne</i>	1 405	1 540	10%
<i>Marne</i>	1 783	1 683	-6%
<i>Rennes</i>	1 614	1 607	0%

<i>Académie/Département</i>	Nb élèves par ETP d'assistant de service social		
	2013	2018	Variation
<i>Côtes-d'Armor</i>	1 682	1 671	-1%
<i>Finistère</i>	1 595	1 456	-9%
<i>Ille-et-Vilaine</i>	1 610	1 714	6%
<i>Morbihan</i>	1 578	1 580	0%
<i>Rouen</i>	1 558	1 453	-7%
<i>Eure</i>	1 646	1 583	-4%
<i>Seine-Maritime</i>	1 516	1 393	-8%
<i>Strasbourg</i>	1 843	1 714	-7%
<i>Bas-Rhin</i>	1 891	1 791	-5%
<i>Haut-Rhin</i>	1 775	1 609	-9%
<i>Toulouse</i>	1 696	1 676	-1%
<i>Ariège</i>	1 403	1 565	12%
<i>Aveyron</i>	1 259	1 288	2%
<i>Gers</i>	2 059	1 589	-23%
<i>Haute-Garonne</i>	1 788	1 894	6%
<i>Hautes-Pyrénées</i>	1 631	1 464	-10%
<i>Lot</i>	1 500	1 506	0%
<i>Tarn</i>	1 668	1 713	3%
<i>Tarn-et-Garonne</i>	1 998	1 479	-26%
<i>Versailles</i>	1 495	1 526	2%
<i>Essonne</i>	1 627	1 604	-1%
<i>Hauts-de-Seine</i>	1 604	1 578	-2%
<i>Val-d'Oise</i>	1 396	1 429	2%
<i>Yvelines</i>	1 396	1 509	8%
<i>Métropole + DOM¹⁷</i>	1 600	1 512	-6%

Champ : Élèves du 2nd degré public

Source : Calcul Cour des comptes d'après données du MENJ (DEPP)

Annexe n° 12 : nombre d'élèves par psychologue de l'éducation nationale : évolution par département

Les psychologues du 1^{er} degré

La moyenne d'élèves par psychologue de l'éducation¹⁸ dans le 1^{er} degré public est de 1 492 élèves en 2018-2019 contre 1 641 en 2013-2014, soit une amélioration du taux d'encadrement de 9 % au plan national. Cette amélioration est due à l'augmentation des effectifs de psychologues 1^{er} degré sur la période de 9 % et à la baisse des effectifs dans le 1^{er} degré public de 0,9 %. Le nombre de contractuels a fortement augmenté sur la période. Alors qu'il était négligeable en 2013-2014 (8 ETP), il a bondi à 256 ETP en 2018-2019, le recours aux contractuels étant facilité par le changement de statut intervenu en 2017. Au 30 novembre 2018, le nombre de postes de psychologues du 1^{er} degré (spécialité EDA) occupés représentait 3 893 ETP (3 573 ETP au 30 novembre 2013).

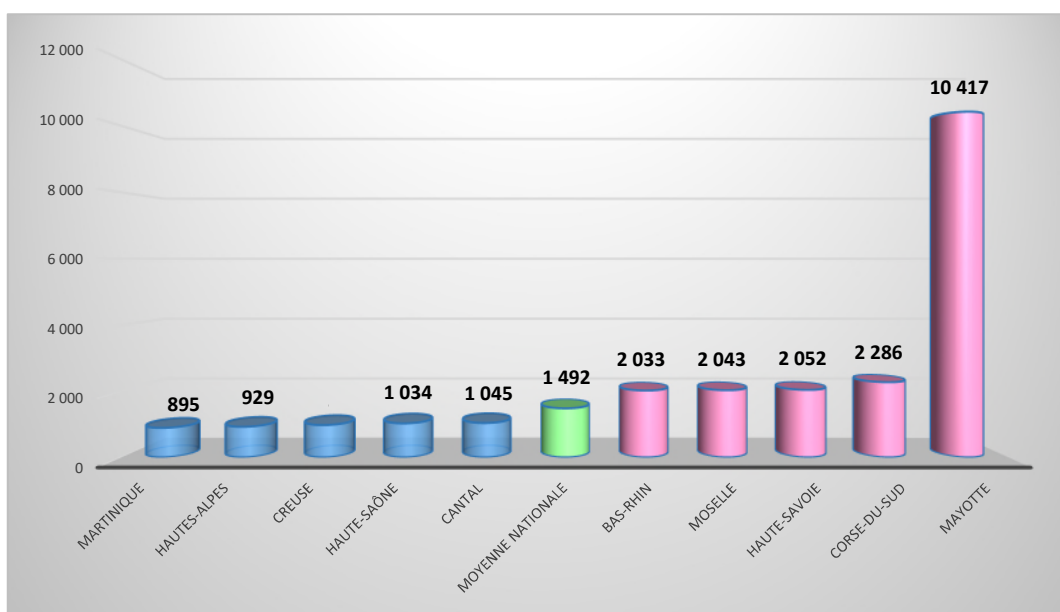
L'amélioration du taux d'encadrement concerne toutes les académies avec des variations plus ou moins fortes à l'exception de la Guyane, de la Corse et surtout de Mayotte où la situation s'est dégradée. A l'inverse, les académies de la Réunion, Bordeaux, Lyon et Rennes sont celles qui ont connu l'amélioration la plus notable en raison d'une augmentation des effectifs de psychologues. Au niveau des départements, seuls 17 ont vu leur situation se détériorer entre 2013 et 2018. Les académies les mieux dotées proportionnellement à leurs effectifs sont celles de la Martinique, Paris et Besançon en dessous de 1 200 élèves. Les taux les plus défavorables sont ceux des académies de Guyane, Rouen, Strasbourg, Corse et Mayotte pour lesquelles le taux dépasse les 1 800 élèves par psychologue.

On constate des disparités assez importantes, d'une part entre départements avec un écart de 1 à 2,5¹⁹ entre le département le mieux doté (la Martinique avec 895 élèves par psychologue) et celui présentant le taux le plus dégradé (la Corse du sud avec 2 286 élèves par psychologue) et, d'autre part, au sein d'une même académie. Ainsi, dans l'académie d'Aix-Marseille, on compte 929 élèves par psychologue dans les Hautes-Alpes contre 1 465 dans les Bouches-du-Rhône. De même, les écarts sont significatifs dans l'académie de Grenoble entre le département de l'Ardèche (1 275) et celui de l'Isère (1 834) et dans celle de Clermont-Ferrand entre le Cantal (1 045) et l'Allier (1 705). L'écart le plus important se situe dans l'académie de Nancy-Metz où le taux de la Moselle (2 043) est deux fois plus élevé que celui de la Meurthe-et-Moselle (1 092). Les départements ruraux sont plutôt favorisés. Les Hautes-Alpes et la Creuse arrivent en tête derrière la Martinique avec moins de 1 000 élèves par psychologue.

¹⁸ Professeurs des écoles exerçant en tant que psychologues scolaires pour l'année 2013-2014 et psychologues de l'éducation nationale spécialité « éducation, développement et apprentissages » pour ce qui concerne l'année 2018-2019.

¹⁹ Ce ratio ne prend pas en compte Mayotte dont le taux d'encadrement est très inférieur à la moyenne.

Graphique n° 3 : nombre moyen d'élèves par ETP de psychologue du 1^{er} degré au 30 novembre 2018 : les 5 taux plus favorables et les 5 taux les plus dégradés



Source : Calcul Cour des comptes d'après données du MENJ (DEPP)

Les psychologues du 2nd degré

La moyenne d'élèves par ETP de psychologue²⁰ dans le 2nd degré public et privé est de 1 234 élèves au 30 novembre 2018 contre 1 208 au 30 novembre 2013, soit une dégradation du taux d'encadrement de 2 % au plan national. Cette situation s'explique par une progression des effectifs de 2,3 % inférieure à celle des effectifs du second degré public et privé de 3,1 %²¹. La proportion de contractuels est stabilisée, mais demeure importante (25 % des postes occupés). Au 30 novembre 2018, le nombre de postes de psychologues occupés représentait 4 646 ETP (4 542 ETP au 30 novembre 2013).

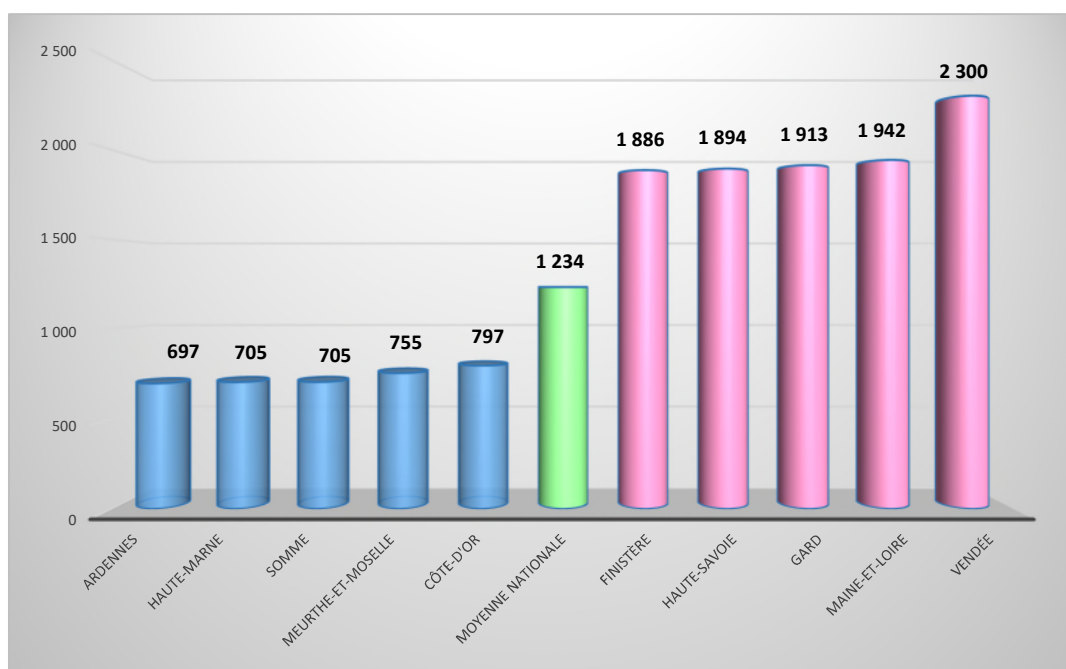
Certaines académies ont vu leur taux d'encadrement s'améliorer. C'est le cas notamment de Mayotte où le nombre d'élèves par psychologue, bien que toujours nettement supérieur à la moyenne, a été divisé par trois en raison de l'augmentation des effectifs de psychologues de 6 à 25 ETP, et des académies de Martinique, Bordeaux, Nice et Lyon, dont les effectifs de psychologues progressent de plus de 10 % sur la période. Le taux d'encadrement s'est sensiblement dégradé dans l'académie de Rennes en raison d'une baisse d'effectifs de psychologues conjuguée à une hausse de la population scolarisée. Les académies les mieux dotées sont celles de la Martinique, de Nancy-Metz et de Reims avec un taux d'encadrement de 25 % supérieur à la moyenne nationale. Les académies les moins bien dotées, outre Mayotte déjà citée, sont celles de Nantes (1 709) et de Rennes (1 785). Les écarts sont très importants entre départements. Le rapport est de 1 à 3,3 entre le département le mieux doté (les Ardennes

²⁰ Conseillers d'orientation-psychologues pour l'année 2013-2014 et psychologues de l'éducation nationale spécialité « éducation, développement et conseil en orientation scolaire et professionnelle » pour ce qui concerne l'année 2018-2019.

²¹ Source DEPP.

avec 697 élèves par psychologue) et celui le moins bien doté (la Vendée avec 2 300 élèves par psychologue). On constate des écarts importants au sein de certaines académies. C'est notamment le cas dans les académies de Créteil (le Val-de-Marne a un taux de 873 élèves par psychologue, alors que celui de la Seine-et-Marne est de 1 599), de Nantes (1574 en Loire-Atlantique, 2 300 en Vendée) ou celle de Rennes (1 276 en Ile-et-Vilaine, 1 886 dans le Finistère).

Graphique n° 4 : nombre moyen d'élèves par ETP de psychologue du 2nd degré au 30 novembre 2018 : les 5 taux plus favorables et les 5 taux les plus dégradés



Source : Calcul Cour des comptes d'après données du MENJ (DEPP)

Tableau n° 14 : nombre d'élèves par psychologue

Académie/Département	Nbre élèves par ETP de PsyEN 1D			Nbre élèves par ETP de PsyEN 2D		
	2013	2018	Variation	2013	2018	Variation
Aix-Marseille	1 616	1 439	-11%	1 114	1 233	11%
<i>Alpes-de-Haute-Provence</i>	1 174	1 251	7%	1 235	1 523	23%
<i>Bouches-du-Rhône</i>	1 701	1 465	-14%	1 047	1 167	11%
<i>Hautes-Alpes</i>	963	929	-4%	1 186	1 364	15%
<i>Vaucluse</i>	1 757	1 587	-10%	1 357	1 405	4%
Amiens	1 432	1 337	-7%	996	989	-1%
<i>Aisne</i>	1 357	1 268	-7%	1 033	1 218	18%
<i>Oise</i>	1 426	1 337	-6%	1 203	1 150	-4%
<i>Somme</i>	1 530	1 420	-7%	769	705	-8%
Besançon	1 314	1 141	-13%	1 075	1 153	7%
<i>Doubs</i>	1 323	1 142	-14%	1 104	1 191	8%

<i>Académie/Département</i>	Nbre élèves par ETP de PsyEN 1D			Nbre élèves par ETP de PsyEN 2D		
	2013	2018	Variation	2013	2018	Variation
<i>Haute-Saône</i>	1 135	1 034	-9%	966	957	-1%
<i>Jura</i>	1 240	1 080	-13%	1 118	1 193	7%
<i>Territoire de Belfort</i>	2 024	1 548	-24%	1 088	1 315	21%
Bordeaux	1 482	1 223	-17%	1 366	1 244	-9%
<i>Dordogne</i>	1 504	1 343	-11%	1 271	1 380	9%
<i>Gironde</i>	1 445	1 121	-22%	1 359	1 091	-20%
<i>Landes</i>	1 521	1 330	-13%	1 352	1 590	18%
<i>Lot-et-Garonne</i>	1 362	1 195	-12%	1 318	1 138	-14%
<i>Pyrénées-Atlantiques</i>	1 646	1 489	-10%	1 477	1 566	6%
Caen	1 662	1 449	-13%	1 229	1 246	1%
<i>Calvados</i>	1 626	1 537	-5%	1 379	1 294	-6%
<i>Manche</i>	1 640	1 357	-17%	1 286	1 350	5%
<i>Orne</i>	1 814	1 395	-23%	905	1 012	12%
Clermont-Ferrand	1 594	1 533	-4%	1 132	1 068	-6%
<i>Allier</i>	1 741	1 705	-2%	1 115	1 121	1%
<i>Cantal</i>	1 129	1 045	-7%	953	1 266	33%
<i>Haute-Loire</i>	1 352	1 358	0%	1 493	1 694	13%
<i>Puy-de-Dôme</i>	1 755	1 652	-6%	1 083	898	-17%
Corse	2 071	2 093	1%	1 063	1 086	2%
<i>Corse-du-Sud</i>	2 264	2 286	1%	1 002	1 022	2%
<i>Haute-Corse</i>	1 930	1 951	1%	1 123	1 150	2%
Créteil	1 591	1 450	-9%	1 086	1 163	7%
<i>Seine-et-Marne</i>	1 588	1 494	-6%	1 471	1 599	9%
<i>Seine-Saint-Denis</i>	1 492	1 367	-8%	982	1 162	18%
<i>Val-de-Marne</i>	1 753	1 527	-13%	913	873	-4%
Dijon	1 525	1 324	-13%	914	939	3%
<i>Côte-d'Or</i>	1 486	1 298	-13%	790	797	1%
<i>Nièvre</i>	1 333	1 107	-17%	907	898	-1%
<i>Saône-et-Loire</i>	1 890	1 487	-21%	978	1 024	5%
<i>Yonne</i>	1 295	1 275	-2%	1 068	1 139	7%
Grenoble	1 728	1 686	-2%	1 438	1 474	2%
<i>Ardèche</i>	1 267	1 275	1%	1 692	1 580	-7%
<i>Drôme</i>	1 565	1 503	-4%	1 424	1 646	16%
<i>Haute-Savoie</i>	2 252	2 052	-9%	1 581	1 894	20%
<i>Isère</i>	1 788	1 834	3%	1 305	1 273	-2%
<i>Savoie</i>	1 439	1 320	-8%	1 496	1 325	-11%
Guadeloupe	1 286	1 289	0%	925	929	0%
Guyane	1 738	1 801	4%	1 433	1 534	7%
La Réunion	1 979	1 535	-22%	1 314	1 329	1%
Lille	1 921	1 728	-10%	1 010	1 058	5%
<i>Nord</i>	1 980	1 745	-12%	1 015	1 061	5%
<i>Pas-de-Calais</i>	1 832	1 700	-7%	1 002	1 052	5%

<i>Académie/Département</i>	Nbre élèves par ETP de PsyEN 1D			Nbre élèves par ETP de PsyEN 2D		
	2013	2018	Variation	2013	2018	Variation
Limoges	1 586	1 447	-9%	962	985	2%
<i>Corrèze</i>	1 453	1 453	0%	1 078	1 198	11%
<i>Creuse</i>	1 231	982	-20%	1 097	891	-19%
<i>Haute-Vienne</i>	1 844	1 652	-10%	870	903	4%
Lyon	1 905	1 602	-16%	1 293	1 184	-8%
<i>Ain</i>	1 961	1 615	-18%	1 342	1 216	-9%
<i>Loire</i>	1 754	1 902	8%	1 329	1 533	15%
<i>Rhône</i>	1 947	1 512	-22%	1 263	1 079	-15%
Martinique	954	895	-6%	1 016	828	-19%
Mayotte	3 851	10 417	170%	5 833	1 785	-69%
Montpellier	1 750	1 553	-11%	1 468	1 503	2%
<i>Aude</i>	1 555	1 514	-3%	1 654	1 573	-5%
<i>Gard</i>	2 079	1 760	-15%	1 626	1 913	18%
<i>Hérault</i>	1 674	1 485	-11%	1 344	1 345	0%
<i>Lozère</i>	1 504	1 444	-4%	1 661	1 278	-23%
<i>Pyrénées-Orientales</i>	1 684	1 478	-12%	1 408	1 411	0%
Nancy-Metz	1 626	1 469	-10%	950	893	-6%
<i>Meurthe-et-Moselle</i>	1 433	1 092	-24%	887	755	-15%
<i>Meuse</i>	1 421	1 286	-9%	898	938	4%
<i>Moselle</i>	1 878	2 043	9%	1 017	1 022	0%
<i>Vosges</i>	1 566	1 380	-12%	931	876	-6%
Nantes	1 838	1 652	-10%	1 598	1 709	7%
<i>Loire-Atlantique</i>	2 215	1 876	-15%	1 435	1 574	10%
<i>Maine-et-Loire</i>	1 749	1 594	-9%	1 889	1 942	3%
<i>Mayenne</i>	1 740	1 339	-23%	1 515	1 613	6%
<i>Sarthe</i>	1 685	1 599	-5%	1 278	1 398	9%
<i>Vendée</i>	1 508	1 492	-1%	2 296	2 300	0%
Nice	1 760	1 659	-6%	1 492	1 365	-9%
<i>Alpes-Maritimes</i>	1 787	1 772	-1%	1 467	1 417	-3%
<i>Var</i>	1 734	1 557	-10%	1 519	1 312	-14%
Orléans-Tours	1 624	1 560	-4%	1 180	1 221	4%
<i>Cher</i>	1 420	1 617	14%	1 058	1 040	-2%
<i>Eure-et-Loir</i>	1 676	1 526	-9%	1 230	1 447	18%
<i>Indre</i>	1 528	1 165	-24%	906	873	-4%
<i>Indre-et-Loire</i>	1 661	1 601	-4%	1 287	1 431	11%
<i>Loiret</i>	1 814	1 878	4%	1 218	1 155	-5%
<i>Loir-et-Cher</i>	1 407	1 251	-11%	1 196	1 247	4%
Paris*	1 210	1 067	-12%	1 216	1 251	3%
Poitiers	1 395	1 317	-6%	1 156	1 194	3%
<i>Charente</i>	1 225	1 306	7%	1 057	1 226	16%
<i>Charente-Maritime</i>	1 512	1 343	-11%	1 200	1 246	4%
<i>Deux-Sèvres</i>	1 362	1 248	-8%	1 219	1 308	7%

Académie/Département	Nbre élèves par ETP de PsyEN 1D			Nbre élèves par ETP de PsyEN 2D		
	2013	2018	Variation	2013	2018	Variation
<i>Vienne</i>	1 424	1 347	-5%	1 130	1 036	-8%
Reims	1 556	1 321	-15%	850	908	7%
<i>Ardennes</i>	1 097	1 191	9%	846	697	-18%
<i>Aube</i>	1 775	1 453	-18%	862	1 079	25%
<i>Haute-Marne</i>	1 549	1 292	-17%	810	705	-13%
<i>Marne</i>	1 825	1 333	-27%	858	1 050	22%
Rennes	1 901	1 599	-16%	1 394	1 590	14%
<i>Côtes-d'Armor</i>	1 904	1 576	-17%	1 842	1 821	-1%
<i>Finistère</i>	1 882	1 584	-16%	1 820	1 886	4%
<i>Ille-et-Vilaine</i>	2 023	1 570	-22%	916	1 276	39%
<i>Morbihan</i>	1 736	1 709	-2%	1 983	1 751	-12%
Rouen	1 828	1 834	0%	1 167	1 150	-1%
<i>Eure</i>	1 800	1 969	9%	1 342	1 265	-6%
<i>Seine-Maritime</i>	1 843	1 771	-4%	1 101	1 103	0%
Strasbourg	1 909	1 891	-1%	1 130	1 155	2%
<i>Bas-Rhin</i>	2 019	2 033	1%	1 022	1 080	6%
<i>Haut-Rhin</i>	1 768	1 714	-3%	1 330	1 286	-3%
Toulouse	1 559	1 482	-5%	1 394	1 482	6%
<i>Ariège</i>	1 172	1 046	-11%	1 491	1 389	-7%
<i>Aveyron</i>	1 809	1 639	-9%	1 480	1 647	11%
<i>Gers</i>	1 572	1 383	-12%	1 258	1 418	13%
<i>Haute-Garonne</i>	1 431	1 485	4%	1 413	1 571	11%
<i>Hauts-Pyrénées</i>	1 748	1 335	-24%	1 232	1 384	12%
<i>Lot</i>	1 559	1 447	-7%	1 101	1 178	7%
<i>Tarn</i>	1 896	1 654	-13%	1 414	1 414	0%
<i>Tarn-et-Garonne</i>	1 887	1 684	-11%	1 685	1 429	-15%
Versailles	1 553	1 510	-3%	1 335	1 405	5%
<i>Essonne</i>	1 829	1 596	-13%	1 244	1 326	7%
<i>Hauts-de-Seine</i>	1 563	1 569	0%	1 443	1 590	10%
<i>Val-d'Oise</i>	1 362	1 398	3%	1 405	1 440	2%
<i>Yvelines</i>	1 527	1 496	-2%	1 273	1 306	3%
<i>Métropole + DOM</i> ²²	1 641	1 492	-9%	1 208	1 234	2%

Champ : Psychologues 1^{er} degré : élèves du public ; psychologues 2nd degré : élèves du public et du privé

Source : Calcul Cour des comptes d'après données du MENJ (DEPP)

* Pour Paris, calcul d'après les effectifs de psychologues hors stagiaires fournis par l'académie²³

²² La moyenne nationale est une moyenne pondérée en fonction des effectifs de chaque département.

²³ Le rectorat souligne qu'elle est l'académie support de stagiaires en formation qui ne sont pas tous affectés dans l'académie de Paris.

Annexe n° 13 : l'enquête de la Cour auprès des académies : note méthodologique

Des tableaux de recueils de données visant à calculer, par département, le taux de réalisation des visites obligatoires de santé en 2013-2014 et 2018-2019 ont été adressés à toutes les académies. L'exploitation des réponses a mis en évidence une méconnaissance par les services déconcentrés de l'éducation nationale de l'activité des personnels de santé scolaire.

Des données parcellaires et imprécises

Le nombre de visites réalisées n'est parfois que partiellement connu (voire inconnu), en raison de la grève des remontées statistiques des personnels. Le nombre d'élèves concernés par les visites n'est lui-même pas toujours renseigné (particulièrement les élèves de l'enseignement privé et les élèves concernés par la visite « travaux règlementés »). Dans certains cas, les services n'ont pas été en mesure de différencier les visites réalisées par secteur d'enseignement, voire par département.

L'imprécision des données est encore plus marquée s'agissant de l'année 2013-2014, ce que les services expliquent souvent par le fait que les conseillers techniques de l'époque (qu'il s'agisse du conseiller technique médecin ou du conseiller technique infirmier) ne sont plus en fonctions. Cette situation témoigne de l'absence de procédure garantissant la pérennité des données.

Des « doubles comptes » dans les examens de santé des enfants dans leur 6^e année

Les académies devaient notamment renseigner les rubriques suivantes :

- Nombre total d'élèves dans leur 6^e année
- Nombre d'élèves ayant bénéficié d'une visite médicale (examen clinique par un médecin scolaire)
- Nombre d'élèves ayant bénéficié d'un bilan infirmier uniquement

Ces rubriques correctement renseignées devaient permettre de calculer le nombre d'enfants dans leur 6^e année qui n'ont été examinés ni par un médecin, ni par un infirmier. Les données produites manquent malheureusement de fiabilité : le « nombre d'élèves ayant bénéficié d'un bilan infirmier uniquement » n'exclut pas toujours les élèves ayant bénéficié par ailleurs d'une visite médicale. Ces derniers, qui ne sont identifiés ni par les médecins, ni par les infirmiers (ce qui montre le manque de coopération entre ces professionnels) sont donc comptabilisés deux fois. Du fait de ce double compte, la somme des rubriques « Nombre d'élèves ayant bénéficié d'une visite médicale » et « Nombre d'élèves ayant bénéficié d'un bilan infirmier uniquement » est parfois supérieure au nombre total d'élèves dans leur 6^e année (cas d'une douzaine de département pour l'année 2013-2014).

Des ajustements nécessaires

En raison du caractère incomplet des effectifs d'élèves produits par les académies, la Cour a retenu les données extraites à sa demande par la DEPP (Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance)²⁴. Cette option a nécessité, dans de rares cas, des ajustements afin de plafonner à 100 % les taux de réalisation de bilans infirmiers des élèves dans leur 12^e année.

Par ailleurs, le nombre d'enfants dans leur 6^e année examinés par un professionnel de santé a également été plafonné au nombre d'enfants concernés (cas des double comptes sus-évoqués).

Des résultats à interpréter avec prudence

Du fait de la fragilité des données produites par les académies, il convient de les analyser avec une certaine prudence. L'exploitation de ces données permet toutefois d'apprécier la tendance de l'évolution du taux global de réalisation des visites de santé obligatoires entre 2013-2014 et 2018-2019.

²⁴ Effectifs des élèves dans leur 6^e année et des élèves dans leur 12^e année. Données extraites pour chaque département.

Annexe n° 14 : données sur la visite médicale de la 6^e année de l'enfant

Tableau n° 15 : les 12 départements ayant déclaré des visites dans le privé en 2013-2014

Département	Taux de visites 2013-2014	Part du total des visites réalisées en 2013-2014
<i>Nord</i>	44,7%	28,1%
<i>Vendée</i>	64,0%	22,5%
<i>Rhône</i>	62,3%	18,1%
<i>Bouches-du-Rhône</i>	53,7%	12,2%
<i>Loire</i>	33,2%	6,1%
<i>Ille-et-Vilaine</i>	11,2%	5,0%
<i>Pas-de-Calais</i>	25,0%	4,7%
<i>Sarthe</i>	16,3%	1,4%
<i>Vaucluse</i>	15,6%	1,0%
<i>Alpes-de-Haute-Provence</i>	61,7%	0,5%
<i>Hautes-Alpes</i>	38,2%	0,2%
<i>Mayenne</i>	0,3%	0,04%

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

Tableau n° 16 : taux de réalisation de la visite médicale de la 6^e année par les médecins de l'éducation nationale

Académie/Département	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différencié	Public+Privé	Public	Privé	Secteur non différencié	Public+Privé
<i>Aix-Marseille</i>	45,7%	46,0%		45,7%	32,5%	1,8%		29,7%
<i>Alpes-de-Haute-Provence</i>	69,8%	61,7%		69,4%	85,3%	52,8%		83,6%
<i>Bouches-du-Rhône</i>	37,8%	53,7%		39,4%	36,8%	0,5%		33,3%
<i>Hautes-Alpes</i>	81,7%	38,2%		79,6%	31,5%	0,0%		29,0%
<i>Vaucluse</i>	59,1%	15,6%		55,1%	3,9%	0,0%		3,5%
<i>Amiens</i>	34,2%	0,0%		31,7%	12,2%	0,0%		11,2%
<i>Aisne</i>	49,4%	0,0%		46,3%	14,6%	0,0%		13,5%
<i>Oise</i>	8,8%	0,0%		8,4%	2,8%	0,0%		2,7%
<i>Somme</i>	63,0%	0,0%		55,0%	26,7%	0,0%		23,2%
<i>Besançon</i>	ND	ND	16,9%	16,9%	18,5%	0,0%		17,0%
<i>Doubs</i>	ND	ND	10,9%	10,9%	16,1%	0,0%		14,7%
<i>Haute-Saône</i>	ND	ND	28,8%	28,8%	34,4%	0,0%		32,4%

<i>Académie/Département</i>	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différentié	Public+Privé	Public	Privé	Secteur non différentié	Public+Privé
<i>Jura</i>	ND	ND	15,6%	15,6%	16,0%	0,0%		14,3%
<i>Territoire de Belfort</i>	ND	ND	23,8%	23,8%	6,6%	0,0%		6,2%
<i>Bordeaux</i>	ND	ND	23,4%	23,4%	ND	ND	20,8%	20,8%
<i>Dordogne</i>	ND	ND		ND	ND	ND	1,8%	1,8%
<i>Gironde</i>	ND	ND		ND	ND	ND	11,9%	11,9%
<i>Landes</i>	ND	ND		ND	ND	ND	27,0%	27,0%
<i>Lot-et-Garonne</i>	ND	ND		ND	ND	ND	20,5%	20,5%
<i>Pyrénées-Atlantiques</i>	ND	ND		ND	ND	ND	48,2%	48,2%
<i>Caen</i>	ND	ND	22,4%	22,4%	32,6%	0,0%		27,4%
<i>Calvados</i>	ND	ND		ND	38,1%	0,0%		33,5%
<i>Manche</i>	ND	ND		ND	13,1%	0,0%		10,6%
<i>Orne</i>	ND	ND		ND	51,5%	0,0%		41,0%
<i>Clermont-Ferrand</i>	ND	ND	49,2%	49,2%	27,0%	0,5%		23,2%
<i>Allier</i>	ND	ND	100,0%	100,0%	43,4%	3,5%		39,9%
<i>Cantal</i>	ND	ND	21,8%	21,8%	27,0%	0,0%		23,8%
<i>Haute-Loire</i>	ND	ND	5,5%	5,5%	11,1%	0,0%		7,6%
<i>Puy-de-Dôme</i>	ND	ND	44,6%	44,6%	23,2%	0,0%		20,6%
<i>Corse</i>	ND	0,0%		ND	25,6%	0,0%		24,5%
<i>Corse-du-Sud</i>	ND	0,0%		ND	50,7%	0,0%		47,6%
<i>Haute-Corse</i>	73,2%	0,0%		71,5%	5,6%	0,0%		5,4%
<i>Créteil</i>	8,8%	0,0%		8,4%	4,4%	0,0%		4,2%
<i>Seine-et-Marne</i>	7,6%	0,0%		7,4%	4,2%	0,0%		4,0%
<i>Seine-Saint-Denis</i>	13,0%	0,0%		12,7%	5,0%	0,0%		4,9%
<i>Val-de-Marne</i>	4,6%	0,0%		4,3%	3,7%	0,0%		3,5%
<i>Dijon</i>	28,9%	0,0%		27,2%	40,0%	0,0%		36,8%
<i>Côte-d'Or</i>	34,4%	0,0%		32,1%	34,5%	0,0%		31,2%
<i>Nièvre</i>	17,7%	0,0%		17,0%	21,0%	0,0%		19,9%
<i>Saône-et-Loire</i>	30,6%	0,0%		28,7%	62,2%	0,0%		57,6%
<i>Yonne</i>	24,4%	0,0%		22,9%	24,4%	0,0%		22,5%
<i>Grenoble</i>	29,2%	0,0%		26,2%	24,0%	0,0%		21,3%
<i>Ardèche</i>	19,2%	0,0%		14,8%	10,5%	0,0%		7,9%
<i>Drôme</i>	52,2%	0,0%		46,6%	9,6%	0,0%		8,5%
<i>Haute-Savoie</i>	15,0%	0,0%		13,2%	13,2%	0,0%		11,7%
<i>Isère</i>	32,7%	0,0%		30,4%	41,7%	0,0%		38,3%
<i>Savoie</i>	24,4%	0,0%		22,6%	19,8%	0,0%		17,9%
<i>Guadeloupe</i>	25,1%	0,0%		23,2%	33,1%	0,0%		29,8%

<i>Académie/Département</i>	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différentié	Public+Privé	Public	Privé	Secteur non différentié	Public+Privé
<i>Guyane</i>	ND	ND		ND	42,2%	28,8%		41,5%
<i>La Réunion</i>	ND	ND	23,8%	23,8%	38,3%	0,0%		35,1%
<i>Lille</i>	43,5%	40,1%		43,0%	23,9%	11,5%		21,7%
<i>Nord</i>	43,0%	44,7%		43,3%	28,3%	12,9%		25,1%
<i>Pas-de-Calais</i>	44,4%	25,0%		42,4%	16,6%	7,1%		15,4%
<i>Limoges</i>	ND	ND	13,3%	13,3%	7,2%	0,0%		6,8%
<i>Corrèze</i>	ND	ND	7,6%	7,6%	2,0%	0,0%		1,8%
<i>Creuse</i>	ND	ND	14,4%	14,4%	7,4%	0,0%		7,3%
<i>Haute-Vienne</i>	ND	ND	16,6%	16,6%	10,1%	0,0%		9,6%
<i>Lyon</i>	41,0%	45,5%		41,8%	30,0%	6,7%		26,0%
<i>Ain</i>	18,7%	0,0%		17,3%	6,9%	0,0%		6,4%
<i>Loire</i>	29,2%	33,2%		30,1%	18,6%	20,7%		19,0%
<i>Rhône</i>	58,8%	62,3%		59,4%	48,2%	0,0%		38,9%
<i>Martinique</i>	6,4%	0,0%		6,0%	45,5%	0,0%		43,0%
<i>Montpellier</i>	ND	0,0%		ND	10,7%	0,0%		9,7%
<i>Aude</i>	7,4%	NA		7,4%	1,6%	0,0%		1,5%
<i>Gard</i>	28,9%	0,0%		26,4%	12,1%	0,0%		10,8%
<i>Hérault</i>	ND	0,0%		ND	8,2%	0,0%		7,4%
<i>Lozère</i>	7,8%	0,0%		5,4%	0,0%	0,0%		0,0%
<i>Pyrénées-Orientales</i>	32,5%	0,0%		30,6%	22,8%	0,0%		21,0%
<i>Nancy-Metz</i>	ND	ND	33,5%	33,5%	ND	ND	21,6%	21,6%
<i>Meurthe-et-Moselle</i>	ND	ND	16,4%	16,4%	ND	ND	13,6%	13,6%
<i>Meuse</i>	ND	ND	19,1%	19,1%	ND	ND	33,8%	33,8%
<i>Moselle</i>	ND	ND	50,9%	50,9%	ND	ND	21,7%	21,7%
<i>Vosges</i>	ND	ND	25,5%	25,5%	ND	ND	31,8%	31,8%
<i>Nantes</i>	ND	ND		40,1%	ND	ND		12,0%
<i>Loire-Atlantique</i>	ND	ND	69,5%	69,5%	ND	ND	7,5%	7,5%
<i>Maine-et-Loire</i>	ND	ND	19,4%	19,4%	16,2%	4,9%		12,0%
<i>Mayenne</i>	7,0%	0,3%		4,9%	7,2%	0,0%		4,8%
<i>Sarthe</i>	23,7%	16,3%		22,8%	ND	ND	12,3%	12,3%
<i>Vendée</i>	31,9%	64,0%		47,1%	25,8%	21,4%		23,5%
<i>Nice</i>	43,3%	0,0%		40,8%	26,5%	0,0%		24,9%
<i>Alpes-Maritimes</i>	39,9%	0,0%		37,2%	30,4%	0,0%		28,2%
<i>Var</i>	46,7%	0,0%		44,5%	22,6%	0,0%		21,5%
<i>Orléans-Tours</i>	21,0%	0,0%		19,4%	17,5%	0,0%		16,0%
<i>Cher</i>	55,8%	0,0%		52,6%	10,5%	0,0%		9,8%

<i>Académie/Département</i>	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différentié	Public+Privé	Public	Privé	Secteur non différentié	Public+Privé
<i>Eure-et-Loir</i>	10,4%	0,0%		9,5%	41,5%	0,0%		37,7%
<i>Indre</i>	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%		0,0%
<i>Indre-et-Loire</i>	49,7%	0,0%		45,3%	32,7%	0,0%		29,5%
<i>Loiret</i>	2,7%	0,0%		2,5%	4,0%	0,0%		3,7%
<i>Loir-et-Cher</i>	9,9%	0,0%		9,0%	2,0%	0,0%		1,8%
Paris	NA	0,0%		NA	NA	0,0%		NA
Poitiers	ND	0,0%		ND	11,3%	0,0%		10,0%
<i>Charente</i>	ND	0,0%		ND	9,5%	0,0%		8,6%
<i>Charente-Maritime</i>	ND	0,0%		ND	10,2%	0,0%		9,6%
<i>Deux-Sèvres</i>	ND	0,0%		ND	15,2%	0,0%		12,2%
<i>Vienne</i>	ND	0,0%		ND	11,0%	0,0%		9,8%
Reims	20,8%	0,0%		19,3%	20,6%	0,0%		18,8%
<i>Ardennes</i>	20,2%	0,0%		18,7%	11,2%	0,0%		10,3%
<i>Aube</i>	47,8%	0,0%		44,4%	36,1%	0,0%		33,3%
<i>Haute-Marne</i>	23,3%	0,0%		22,5%	26,5%	0,0%		25,1%
<i>Marne</i>	4,9%	0,0%		4,4%	15,0%	0,0%		13,4%
Rennes	ND	ND		ND	ND	ND		16,0%
<i>Côtes-d'Armor</i>	ND	ND	5,9%	5,9%	ND	ND	17,6%	17,6%
<i>Finistère</i>	ND	ND		ND	ND	ND	27,2%	27,2%
<i>Ille-et-Vilaine</i>	11,8%	11,2%		11,6%	8,8%	4,5%		7,3%
<i>Morbihan</i>	ND	ND	30,2%	30,2%	ND	ND	16,0%	16,0%
Rouen	ND	0,0%		ND	7,1%	0,0%		6,5%
<i>Eure</i>	ND	0,0%		ND	4,9%	0,0%		4,6%
<i>Seine-Maritime</i>	ND	0,0%		ND	8,2%	0,0%		7,5%
Strasbourg	28,7%	0,0%		27,6%	17,8%	0,0%		17,1%
<i>Bas-Rhin</i>	29,6%	0,0%		28,3%	22,8%	0,0%		21,8%
<i>Haut-Rhin</i>	27,8%	0,0%		26,9%	12,2%	0,0%		11,8%
Toulouse	ND	0,0%		ND	21,1%	3,5%		19,3%
<i>Ariège</i>	9,8%	0,0%		9,1%	15,9%	0,0%		14,8%
<i>Aveyron</i>	8,1%	0,0%		6,3%	12,1%	4,6%		10,4%
<i>Gers</i>	2,6%	0,0%		2,4%	1,4%	0,0%		1,2%
<i>Haute-Garonne</i>	20,3%	0,0%		18,7%	24,9%	4,5%		23,4%
<i>Hauts-Pyrénées</i>	13,4%	0,0%		11,7%	17,8%	0,0%		15,7%
<i>Lot</i>	23,1%	0,0%		21,4%	39,6%	29,8%		38,8%
<i>Tarn</i>	ND	0,0%		ND	24,2%	0,0%		20,7%
<i>Tarn-et-Garonne</i>	8,9%	0,0%		8,0%	10,8%	0,0%		9,7%

<i>Académie/Département</i>	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différencié	Public+Privé	Public	Privé	Secteur non différencié	Public+Privé
<i>Versailles</i>	11,9%	0,0%		11,2%	15,5%	0,0%		14,6%
<i>Essonne</i>	13,6%	0,0%		13,1%	14,3%	0,0%		13,8%
<i>Hauts-de-Seine</i>	19,1%	0,0%		17,6%	28,2%	0,0%		26,0%
<i>Val-d'Oise</i>	6,7%	0,0%		6,4%	10,1%	0,0%		9,8%
<i>Yvelines</i>	7,6%	0,0%		7,1%	9,1%	0,0%		8,5%
<i>Total général</i> ²⁵	25,8%	17,4%	29,5%	26,0%	19,7%	4,0%	18,6%	18,0%

Champ : Le calcul exclut les villes délégataires (effectifs d'élèves et visites médicales qui y sont réalisées)

ND : Non disponible

NA : Non applicable (visites médicales prises en charge par ville délégataire ou absence d'élèves scolarisés dans le privé)

Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies et du MENJ (DEPP)

²⁵ La moyenne nationale est une moyenne pondérée en fonction des effectifs de chaque département.

Annexe n° 15 : part des élèves dans leur 6^e année n'ayant pas été vu par un professionnel de santé de l'éducation nationale

Tableau n° 17 : évolution par département des enfants non examinés par un professionnel de santé de l'éducation nationale

<i>Académie/Département</i>	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différencié	Public+Privé	public	privé	Secteur non différencié	Public+Privé
<i>Aix-Marseille</i>	20,1%	54,0%		23,3%	61,5%	98,2%		65,0%
<i>Alpes-de-Haute-Provence</i>	0,0%	38,3%		2,0%	14,6%	47,2%		16,2%
<i>Bouches-du-Rhône</i>	21,2%	46,3%		23,6%	59,4%	99,5%		63,3%
<i>Hautes-Alpes</i>	0,0%	61,8%		2,9%	40,3%	100,0%		45,0%
<i>Vaucluse</i>	26,1%	84,4%		31,5%	85,7%	100,0%		87,1%
<i>Amiens</i>	12,0%	100,0%		18,5%	72,1%	100,0%		74,3%
<i>Aisne</i>	12,5%	100,0%		18,0%	66,0%	100,0%		68,6%
<i>Oise</i>	13,4%	100,0%		17,5%	78,1%	100,0%		79,2%
<i>Somme</i>	9,2%	100,0%		20,7%	67,6%	100,0%		71,9%
<i>Besançon</i>	ND	ND	4,9%	4,9%	76,7%	100,0%		78,6%
<i>Doubs</i>	ND	ND	5,7%	5,7%	81,7%	100,0%		83,3%
<i>Haute-Saône</i>	ND	ND	0,0%	0,0%	55,4%	100,0%		58,0%
<i>Jura</i>	ND	ND	1,3%	1,3%	79,9%	100,0%		82,1%
<i>Territoire de Belfort</i>	ND	ND	15,9%	15,9%	86,1%	100,0%		87,0%
<i>Bordeaux</i>	ND	ND	20,9%	20,9%	ND	ND	73,9%	73,9%
<i>Dordogne</i>	ND	ND		ND	ND	ND	90,0%	90,0%
<i>Gironde</i>	ND	ND		ND	ND	ND	83,7%	83,7%
<i>Landes</i>	ND	ND		ND	ND	ND	67,5%	67,5%
<i>Lot-et-Garonne</i>	ND	ND		ND	ND	ND	65,5%	65,5%
<i>Pyrénées-Atlantiques</i>	ND	ND		ND	ND	ND	50,6%	50,6%
<i>Caen</i>	ND	ND	57,0%	57,0%	27,9%	100,0%		39,3%
<i>Calvados</i>	ND	ND		ND	45,0%	100,0%		51,6%
<i>Manche</i>	ND	ND		ND	7,5%	100,0%		25,0%
<i>Orne</i>	ND	ND		ND	13,7%	100,0%		31,4%
<i>Clermont-Ferrand</i>	ND	ND	0,8%	0,8%	13,3%	99,5%		25,5%
<i>Allier</i>	ND	ND	0,0%	0,0%	37,8%	96,5%		42,9%
<i>Cantal</i>	ND	ND	9,1%	9,1%	0,0%	100,0%		11,9%
<i>Haute-Loire</i>	ND	ND	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%		31,7%
<i>Puy-de-Dôme</i>	ND	ND	0,0%	0,0%	7,4%	100,0%		17,6%
<i>Corse</i>	26,8%	100,0%		31,5%	74,1%	100,0%		75,3%

<i>Académie/Département</i>	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différencié	Public+Privé	public	privé	Secteur non différencié	Public+Privé
<i>Corse-du-Sud</i>	ND	100,0%		ND	49,3%	100,0%		52,4%
<i>Haute-Corse</i>	26,8%	100,0%		28,5%	94,0%	100,0%		94,2%
<i>Créteil</i>	7,3%	100,0%		10,8%	59,3%	100,0%		60,9%
<i>Seine-et-Marne</i>	17,4%	100,0%		19,8%	60,6%	100,0%		62,0%
<i>Seine-Saint-Denis</i>	3,9%	100,0%		6,7%	66,3%	100,0%		67,4%
<i>Val-de-Marne</i>	0,0%	100,0%		5,9%	48,0%	100,0%		51,0%
<i>Dijon</i>	14,6%	100,0%		19,8%	60,0%	100,0%		63,2%
<i>Côte-d'Or</i>	11,9%	100,0%		17,7%	65,5%	100,0%		68,8%
<i>Nièvre</i>	6,9%	100,0%		10,6%	79,0%	100,0%		80,1%
<i>Saône-et-Loire</i>	21,4%	100,0%		26,3%	37,8%	100,0%		42,4%
<i>Yonne</i>	12,7%	100,0%		18,0%	75,6%	100,0%		77,5%
<i>Grenoble</i>	10,3%	100,0%		19,6%	33,7%	100,0%		41,2%
<i>Ardèche</i>	0,0%	100,0%		23,1%	41,0%	100,0%		55,5%
<i>Drôme</i>	40,8%	100,0%		47,1%	61,8%	100,0%		66,4%
<i>Haute-Savoie</i>	0,0%	100,0%		11,5%	27,1%	100,0%		35,5%
<i>Isère</i>	4,7%	100,0%		11,5%	22,7%	100,0%		29,1%
<i>Savoie</i>	15,8%	100,0%		21,9%	40,9%	100,0%		46,6%
<i>Guadeloupe</i>	64,0%	100,0%		66,6%	66,9%	100,0%		70,2%
<i>Guyane</i>	ND	ND		ND	51,9%	71,2%		53,1%
<i>La Réunion</i>	ND	ND	32,0%	32,0%	50,0%	100,0%		54,2%
<i>Lille</i>	6,6%	59,9%		15,2%	3,8%	88,5%		19,0%
<i>Nord</i>	10,2%	55,3%		18,9%	5,3%	87,1%		22,5%
<i>Pas-de-Calais</i>	0,9%	75,0%		8,6%	1,3%	92,9%		12,6%
<i>Limoges</i>	ND	ND	16,4%	16,4%	92,7%	100,0%		93,1%
<i>Corrèze</i>	ND	ND	9,8%	9,8%	98,0%	100,0%		98,2%
<i>Creuse</i>	ND	ND	7,0%	7,0%	92,0%	100,0%		92,1%
<i>Haute-Vienne</i>	ND	ND	23,0%	23,0%	89,9%	100,0%		90,4%
<i>Lyon</i>	22,8%	54,5%		28,0%	68,1%	93,3%		72,4%
<i>Ain</i>	27,2%	100,0%		32,9%	91,3%	100,0%		92,0%
<i>Loire</i>	31,5%	66,8%		38,8%	81,4%	79,3%		81,0%
<i>Rhône</i>	16,0%	37,7%		19,9%	48,8%	100,0%		58,7%
<i>Martinique</i>	84,3%	100,0%		85,2%	54,5%	100,0%		57,0%
<i>Montpellier</i>	75,5%	100,0%		78,3%	89,3%	100,0%		90,3%
<i>Aude</i>	92,6%	NA		92,6%	98,4%	100,0%		98,5%
<i>Gard</i>	71,1%	100,0%		73,6%	87,9%	100,0%		89,2%
<i>Hérault</i>	ND	100,0%		ND	91,8%	100,0%		92,6%

<i>Académie/Département</i>	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différencié	Public+Privé	public	privé	Secteur non différencié	Public+Privé
<i>Lozère</i>	92,2%	100,0%		94,6%	100,0%	100,0%		100,0%
<i>Pyrénées-Orientales</i>	67,5%	100,0%		69,4%	77,2%	100,0%		79,0%
<i>Nancy-Metz</i>	ND	ND	8,0%	8,0%	ND	ND	76,9%	76,9%
<i>Meurthe-et-Moselle</i>	ND	ND	6,0%	6,0%	ND	ND	86,4%	86,4%
<i>Meuse</i>	ND	ND	14,2%	14,2%	ND	ND	54,8%	54,8%
<i>Moselle</i>	ND	ND	3,5%	3,5%	ND	ND	78,3%	78,3%
<i>Vosges</i>	ND	ND	22,0%	22,0%	ND	ND	63,5%	63,5%
<i>Nantes</i>	0,9%	56,6%		28,5%	32,9%	88,6%		54,4%
<i>Loire-Atlantique</i>	ND	ND	30,5%	30,5%	ND	ND	68,1%	68,1%
<i>Maine-et-Loire</i>	ND	ND	44,0%	44,0%	39,0%	95,1%		60,1%
<i>Mayenne</i>	0,0%	99,7%		31,6%	0,3%	100,0%		33,4%
<i>Sarthe</i>	0,0%	83,7%		11,0%	ND	ND	19,4%	19,4%
<i>Vendée</i>	2,8%	36,0%		18,6%	44,0%	78,6%		61,5%
<i>Nice</i>	55,9%	100,0%		58,4%	72,2%	100,0%		73,9%
<i>Alpes-Maritimes</i>	60,1%	100,0%		62,8%	69,6%	100,0%		71,8%
<i>Var</i>	51,7%	100,0%		54,0%	74,8%	100,0%		76,0%
<i>Orléans-Tours</i>	28,4%	100,0%		34,0%	59,8%	100,0%		63,2%
<i>Cher</i>	0,0%	100,0%		5,7%	52,4%	100,0%		55,8%
<i>Eure-et-Loir</i>	3,3%	100,0%		11,1%	26,6%	100,0%		33,4%
<i>Indre</i>	35,7%	100,0%		39,2%	95,0%	100,0%		95,3%
<i>Indre-et-Loire</i>	31,4%	100,0%		37,4%	57,5%	100,0%		61,6%
<i>Loiret</i>	57,4%	100,0%		60,7%	75,0%	100,0%		76,9%
<i>Loir-et-Cher</i>	16,5%	100,0%		23,6%	63,2%	100,0%		66,2%
<i>Paris</i>	NA	100,0%		NA	NA	100,0%		NA
<i>Poitiers</i>	ND	100,0%		ND	88,7%	100,0%		90,0%
<i>Charente</i>	ND	100,0%		ND	90,5%	100,0%		91,4%
<i>Charente-Maritime</i>	ND	100,0%		ND	89,8%	100,0%		90,4%
<i>Deux-Sèvres</i>	ND	100,0%		ND	84,8%	100,0%		87,8%
<i>Vienne</i>	ND	100,0%		ND	89,0%	100,0%		90,2%
<i>Reims</i>	53,2%	100,0%		56,7%	56,1%	100,0%		59,9%
<i>Ardennes</i>	14,4%	100,0%		20,6%	69,8%	100,0%		72,3%
<i>Aube</i>	52,2%	100,0%		55,6%	55,1%	100,0%		58,6%
<i>Haute-Marne</i>	76,7%	100,0%		77,5%	65,3%	100,0%		67,1%
<i>Marne</i>	66,3%	100,0%		69,4%	47,6%	100,0%		53,0%
<i>Rennes</i>	12,7%	27,3%		22,3%	36,4%	54,3%		47,2%
<i>Côtes-d'Armor</i>	ND	ND	12,3%	12,3%	ND	ND	53,9%	53,9%

Académie/Département	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différencié	Public+Privé	public	privé	Secteur non différencié	Public+Privé
<i>Finistère</i>	ND	ND		ND	ND	ND	47,5%	47,5%
<i>Ille-et-Vilaine</i>	12,7%	27,3%		18,0%	36,4%	54,3%		42,8%
<i>Morbihan</i>	ND	ND	36,8%	36,8%	ND	ND	49,0%	49,0%
<i>Rouen</i>	ND	100,0%		ND	92,9%	100,0%		93,5%
<i>Eure</i>	ND	100,0%		ND	95,1%	100,0%		95,4%
<i>Seine-Maritime</i>	ND	100,0%		ND	91,8%	100,0%		92,5%
<i>Strasbourg</i>	22,0%	100,0%		25,0%	5,9%	100,0%		9,5%
<i>Bas-Rhin</i>	32,9%	100,0%		35,9%	11,2%	100,0%		15,2%
<i>Haut-Rhin</i>	9,9%	100,0%		13,0%	0,0%	100,0%		3,0%
<i>Toulouse</i>	5,3%	100,0%		16,4%	55,5%	96,5%		59,8%
<i>Ariège</i>	0,0%	100,0%		6,9%	0,0%	100,0%		7,4%
<i>Aveyron</i>	2,0%	100,0%		24,3%	59,5%	95,4%		67,8%
<i>Gers</i>	3,1%	100,0%		13,0%	87,5%	100,0%		88,9%
<i>Haute-Garonne</i>	8,7%	100,0%		15,7%	56,7%	95,5%		59,7%
<i>Hautes-Pyrénées</i>	2,8%	100,0%		14,9%	46,2%	100,0%		52,4%
<i>Lot</i>	0,0%	100,0%		7,6%	59,5%	70,2%		60,3%
<i>Tarn</i>	ND	100,0%		ND	31,4%	100,0%		41,4%
<i>Tarn-et-Garonne</i>	0,0%	100,0%		9,5%	89,1%	100,0%		90,2%
<i>Versailles</i>	17,3%	100,0%		21,8%	39,1%	100,0%		42,4%
<i>Essonne</i>	0,0%	100,0%		3,2%	43,4%	100,0%		45,3%
<i>Hauts-de-Seine</i>	31,3%	100,0%		36,7%	34,3%	100,0%		39,4%
<i>Val-d'Oise</i>	14,2%	100,0%		17,2%	32,2%	100,0%		34,6%
<i>Yvelines</i>	22,4%	100,0%		27,4%	46,8%	100,0%		50,3%
Total général²⁶	20,6%	77,9%	22,9%	26,2%	52,2%	93,4%	64,8%	58,0%

Champ : Le calcul exclut les villes délégataires

ND : Non disponible

NA : Non applicable (élèves pris en charge par ville délégataire ou absence d'élèves scolarisés dans le privé)

Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies et du MENJ (DEPP)

²⁶ La moyenne nationale est une moyenne pondérée en fonction des effectifs de chaque département.

Annexe n° 16 : les services municipaux de santé scolaire dans les villes délégataires

Héritiers des services municipaux d'hygiène créés sous la III^e République, les services municipaux de santé scolaire (SMSS) ont vu le jour pour la plupart dans l'entre-deux guerres. Lors de la décentralisation, la loi du 22 juillet 1983 a permis aux collectivités qui disposaient d'un service communal d'hygiène et de santé (SCHS) au moment de l'entrée en vigueur de la loi de continuer à exercer leurs compétences à titre dérogatoire. Si certaines municipalités ont fini par renoncer à exercer des compétences en matière de santé scolaire²⁷, onze d'entre-elles disposent encore aujourd'hui d'un service municipal de santé scolaire intervenant sur un périmètre plus ou moins large. Il s'agit des collectivités dites « à régime autonome » ou « semi-autonome » : Antibes Juan-les-Pins, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon, Nantes, Paris, Rennes, Strasbourg, Vénissieux et Villeurbanne²⁸. Ce service est rattaché pour la plupart d'entre elles à la direction en charge de la santé, seules trois villes ont confié le SMSS à la direction en charge de l'éducation²⁹. Les services municipaux de santé scolaire ont vu leurs missions s'élargir au fil du temps. À l'origine centrés sur les questions d'hygiène et de salubrité publique dans une optique de prophylaxie des maladies contagieuses, ils opèrent désormais sur le champ plus large de la promotion de la santé et mettent en place des actions transversales destinées à lutter contre les inégalités sociales et territoriales.

Une délégation peu sécurisée sur le plan juridique

Les villes qui ont choisi de maintenir un service municipal de santé scolaire exercent par délégation de l'État les missions obligatoires fixées par le code de l'éducation. La délégation de la mission de santé scolaire aux villes résulte souvent d'un héritage historique et la Cour a pu constater au moment de l'enquête qu'il n'était pas toujours sécurisé sur un plan juridique. Quelques villes agissent par délégation de l'État sur la base d'une convention signée plus ou moins récemment : Bordeaux en 1986 (la convention triennale a été renouvelée en 2017), Grenoble et Nantes en 2000, Paris en 2006 (la convention triennale 2016-2018 est en cours de renouvellement³⁰), Strasbourg en 2015. Certaines conventions ont fait l'objet d'avenants. D'autres sont renouvelées par tacite reconduction comme celle de Grenoble qui renvoie aux missions du service de promotion de la santé en faveur des élèves définies par la circulaire du 24 juin 1991³¹. La convention de Nantes, signée la même année, ne vise aucun texte réglementaire, mais décline les actions prises en charge et les visites ou bilans réalisés à chaque niveau scolaire. Certaines villes continuent d'intervenir à la place des services de l'État en l'absence de toute convention. C'est le cas d'Antibes Juan-les-Pins qui déclare engager les démarches auprès des services de l'éducation nationale pour régulariser cette situation. Villeurbanne, qui ne disposait pas de convention au moment de l'enquête, a depuis signé une convention en 2019. De même, la convention qui liait la ville de Lyon au rectorat a été renouvelée en décembre 2019 alors qu'elle était échue depuis 2014. Les villes de Clermont-Ferrand, Rennes et Vénissieux contribuent, en collaboration avec les services de l'éducation

²⁷ Lille en 2011, Dijon en 2013, Nice en 2016, Saint-Quentin en 2018.

²⁸ La plupart de ces villes sont membres du « Réseau française des villes-santé de l'OMS » et au sein de cette association, du réseau des « villes santé scolaire ».

²⁹ Il s'agit des communes d'Antibes Juan-les-Pins, de Clermont-Ferrand et de Lyon.

³⁰ La convention de 2016 était signée par le Département de Paris.

³¹ Une nouvelle convention est en cours de négociation.

nationale, à des actions de prévention et de promotion de la santé auprès des élèves scolarisés dans les écoles, mais n'exercent pas les compétences dévolues réglementairement à l'éducation nationale (visite de la 6^e année). Elles ne sont donc pas liées par une convention à ses services et ne perçoivent aucune subvention de l'État.

Des actions hétérogènes d'une ville à l'autre et sur un périmètre variable

Le périmètre d'intervention du service municipal de santé scolaire est variable d'une ville à l'autre. Pour quatre communes, le SMSS opère de la grande section en maternelle (GSM) jusqu'au CM2 (Lyon, Nantes, Vénissieux et Villeurbanne). Certaines communes interviennent également sur le champ de la PMI par délégation du conseil départemental (Antibes Juan-les-Pins, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Grenoble, Strasbourg) et réalisent les bilans de santé des 3/4 ans. Le cas de Paris est singulier en raison de son statut de collectivité unique à statut particulier. Le SMSS de Paris, rattaché à la Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (DASES), couvre tout le 1^{er} degré public de la petite section de maternelle au CM2.

La moitié des villes interviennent également dans les établissements privés sous contrat du premier degré. Les interventions dans le second degré public sont marginales. Dans le cadre des pouvoirs confiés au maire, le SMSS de Nantes effectue les visites à domicile pour l'ensemble des enfants qui bénéficient d'une instruction à domicile quel que soit le niveau concerné. Le SMSS de Bordeaux intervient au lycée horticole privé Camille Godard de la commune du Haillan et celui de la ville d'Antibes Juan-les-Pins couvre également les établissements privés sous contrat du 2nd degré.

Tableau n° 18 : périmètre d'intervention des services municipaux de santé scolaire

	Public uniquement		Public et privé sous contrat	
<i>Élémentaire</i>	Lyon (1) Vénissieux	Clermont-Ferrand (2) Paris Strasbourg	Nantes Villeurbanne	Antibes (4) Bordeaux Grenoble (5)
<i>Grande section de maternelle</i>			Rennes (3)	
<i>Petite et moyenne section de maternelle</i>				

Tableau Cour des comptes

(1) Le service de santé scolaire de Lyon intervient ponctuellement en petite et moyenne section de maternelle pour traiter de l'instruction à domicile, des dérogations au périmètre scolaire, des PAI et dans les cas de grande précarité.

(2) La ville de Clermont-Ferrand n'emploie pas de médecins, les visites médicales de la 6^e année sont réalisées par les médecins de l'éducation nationale. Les infirmières de la ville organisent et réalisent seules des bilans de santé pour les enfants de 3/4 ans, de CP et de CE2.

(3) Le service santé enfance de la ville de Rennes n'intervient que sur le champ de la PMI par délégation du département d'Ille-et-Vilaine dans les écoles publiques et privées (hors et sous contrat). Il n'exerce pas de missions de santé scolaire par délégation de l'éducation nationale, mais intervient néanmoins sur tout le 1^{er} degré pour les PAI allergies alimentaires, en cas de maladies infectieuses en petite et moyenne section de maternelle et réalise l'ensemble des visites dans le cas de l'instruction à domicile de 3 à 16 ans.

(4) Le service de santé scolaire d'Antibes effectue les visites à domicile pour les enfants scolarisés dans les familles quel que soit le niveau scolaire (1^{er} et 2nd degré des secteurs public et privé sous contrat).

(5) La ville de Grenoble intervient dans toutes les écoles publiques et privées sous contrat en cas de crise sanitaire sévère (ex. méningite).

Les actions des villes délégataires vont bien souvent au-delà de la visite médicale obligatoire de la 6^e année et couvrent, pour certaines d'entre elles, tout le champ du 1^{er} degré avec des visites médicales, ou bilans infirmiers, systématiques ou à la demande à plusieurs âges de l'élève.

Tableau n° 19 : le suivi médical des élèves dans le 1^{er} degré : l'exemple de Villeurbanne

		Écoles publiques	Écoles privées
<i>Grande section de maternelle</i>	Systématique	Dépistage sensoriel (tests visuels et auditifs)	Dépistage sensoriel (tests visuels et auditifs)
		Bilan de Santé et Évaluation du Développement pour la scolarité (BSEDS)	
		Visite médicale en présence des parents (typologie III)*	
	Sur repérage	Visite médicale en présence des parents sur repérage infirmier et/ou des enseignants ou pour les élèves ayant bénéficié d'un bilan approfondi (typologies I et II)	Bilan de Santé et Évaluation du Développement pour la scolarité (BSEDS) sur repérage enseignant
	Suivi	Suivi des préconisations suite au bilan	Visites médicales ciblées
<i>CP</i>	À la demande	Consultation infirmières ou examen à la demande	
		Suivi des préconisations	
<i>CE1</i>	À la demande	Examens médicaux et/ou tests sensoriels	
		Consultations infirmières	
	Suivi	Suivi des préconisations	
<i>CE2</i>	Systématique	Consultations infirmières (typologie III)	
		Tests de lecture / compréhension (typologie III)	
		Tests visuels (pour tous les élèves)	
		Examens biométriques et calcul de l'IMC	
		Mise à jour des vaccinations (DTP / ROR)	
	À la demande	Examens médicaux	
		Consultations infirmières (typologies I et II)	
		Tests de lecture / compréhension (typologies I et II)	
		Tests auditifs	
	Suivi	Suivi des préconisations	

		Écoles publiques	Écoles privées
CM1	Systématique	Dépistage bucco-dentaire (typologie II et III)	
	À la demande	Examens médicaux	
		Tests sensoriels	
		Consultations infirmières	
Suivi	Suivi des préconisations		
CM2	À la demande	Examens médicaux	
		Consultations infirmières	
	Suivi	Suivi des préconisations	
ULIS		Visites médicales à la demande Certificats médicaux MDPH Tests sensoriels et bilans infirmiers à la demande Suivi des préconisations	
UPE2A		Bilans infirmiers et examens médicaux à la demande Suivi des préconisations Dossiers MDPH	

Source : Cour des comptes d'après le rapport d'activité 2017-2018 du SMSS de la ville de Villeurbanne

* Les écoles de Villeurbanne sont classées en trois groupes en fonction d'indicateurs sanitaires et sociaux : de la typologie I pour les écoles qui présentent de meilleurs indicateurs sociaux et de santé aux écoles en typologie III qui sont les plus défavorisées.

La ville de Paris, qui pratiquait de la même façon des dépistages à plusieurs âges de la vie, revoit cette approche qu'elle estime peu pertinente à l'occasion d'un nouveau projet de service qui doit voir le jour en 2020. La ville entend évoluer vers plus d'examen à la demande à destination des élèves à besoins particuliers dont le nombre tend à augmenter. D'autres villes réalisent également des visites médicales à la demande pour tous les niveaux, ainsi que des bilans infirmiers ciblés sur élèves de CE2 les plus vulnérables scolarisés dans les écoles classées en REP (Bordeaux, Grenoble) ou dans les quartiers défavorisés (Grenoble, Lyon, Villeurbanne), ou de façon systématique comme à Antibes où tous les élèves de CE2 bénéficient d'un bilan infirmier. Le SMSS d'Antibes Juan-les-Pins effectue également des bilans infirmiers en 6^e pour les collèges privés depuis la rentrée 2019. Le SMMS de Clermont-Ferrand a étendu à la rentrée 2019 à tous les élèves de CE2 le bilan infirmier qui était jusqu'alors réservé aux élèves de REP+. Dans cette ville, le bilan infirmier ou « entretien infirmier » systématique sans présence obligatoire des parents, qui concerne également les élèves de CP, consiste en un examen biométrique et bucco-dentaire, une exploration sensorielle et dans la vérification du carnet de vaccination qui peut conduire les infirmières à orienter l'élève vers un médecin spécialiste avec un suivi de cette orientation. À Vénissieux, les infirmières de la ville reçoivent tous les élèves de GSM pour un bilan infirmier et, depuis 2016, les orientent vers le médecin scolaire de l'éducation nationale.

Tous les SMSS mènent des actions à destination des élèves à besoins particuliers : mise en place des Projets d'Accueil Individualisés (PAI) pour les élèves porteurs de maladies chroniques, des Plans d'Accompagnement Personnalisés (PAP) pour les élèves ayant des troubles des apprentissages et des Projets Personnalisés de Scolarisation (PPS) pour les élèves en situation de handicap. Les médecins participent souvent à l'élaboration des dossiers MDPH pour faciliter l'inclusion des enfants porteurs de handicap. Le SMSS d'Antibes possède aussi

une unité chargée de l'intégration des enfants porteurs de handicap dans les activités péri et extra scolaires, qui emploie sept référents handicap et une coordinatrice.

Un exemple d'interventions médico-sociales : la ville de Nantes

Tous les élèves scolarisés dans les écoles du 1^{er} degré de la ville de Nantes (public et privé sous contrat) sont vus de manière systématique deux fois par le service municipal de santé scolaire :

- en grande section de maternelle pour un bilan de santé en présence des parents réalisé en binôme par le médecin et l'infirmière scolaire (bilan obligatoire de la 6^e année) ;
- en CE2, l'enfant est vu seul par l'infirmière pour un bilan infirmier.

Lors de ces bilans, des avis sont rédigés par les professionnels de santé et les familles redirigées vers un professionnel libéral si besoin (rappel de vaccins, consultation ophtalmologique, etc.). Lorsque l'enfant présente des problématiques particulières liées aux apprentissages ou au comportement par exemple, il peut être vu de manière spécifique à travers un « examen à la demande » réalisé en binôme médecin et infirmière scolaire. Les prescripteurs de ces examens peuvent être la PMI, les enseignants, les directeurs d'école, des intervenants sur le périscolaire, etc.

Les actions spécifiques sont destinées aux élèves à besoins particuliers. La santé scolaire nantaise participe, à travers un binôme médecin / assistante sociale, à toutes les équipes éducatives déclenchées par les directeurs des écoles et toutes les équipes de suivi de scolarisation générées par l'enseignant référent dans le cadre de situation d'enfants porteurs de handicap. Par ailleurs, les médecins scolaires s'assurent que l'ensemble des enfants porteurs de pathologies chroniques (asthme, épilepsie, diabète...) et/ou d'allergies ou d'intolérances, notamment alimentaires, bénéficient d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) pour permettre une scolarité en milieu ordinaire. De même, ils accompagnent la mise en place d'un Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) pour les élèves qui connaissent des difficultés scolaires durables ayant pour origine un ou plusieurs troubles des apprentissages (dyscalculie, dysorthographe, dyspraxie, etc.). Enfin, l'équipe de médecins et d'assistants sociaux accompagne nombre de familles dans la constitution de leur dossier auprès de la maison des personnes handicapées (MDPH).

La Ville de Strasbourg, en lien avec les associations partenaires, met en place des actions de sensibilisation au handicap. Cette démarche citoyenne et innovante vise le mieux vivre ensemble et bénéficie à la fois aux enfants, aux professionnels de l'éducation nationale, au personnel municipal et aux parents³².

Les services municipaux agissent également en prévention auprès des familles dans les cas de maladies transmissibles et, pour certains d'entre eux, organisent des séances de vaccination à destination des élèves. Les infirmières municipales de Clermont-Ferrand participent avec le dispensaire à des séances de vaccination (DTP, ROR) pour élèves de CP et de CM2. À Vénissieux, les infirmières municipales et des médecins vacataires vaccinent dans les écoles, avec l'accord exprès des parents, les enfants qui ne l'ont pas été par leur médecin traitant en fonction de l'âge imposé par le calendrier vaccinal. À Bordeaux, sur la base d'une convention passée avec le département de la Gironde, trois des quatre centres médico-scolaires réalisent des vaccins qui sont pour la plupart fournis gratuitement par le Conseil départemental, tout comme à Antibes où le SMSS procède gratuitement à des vaccinations sur la base d'une convention passée avec le département des Alpes Maritimes. De même, la ville de Strasbourg

³² Le handicap visuel et moteur ont été abordés en 2018/2019 par des actions telles que « parcours dans le noir », le KM solidarité ou des ateliers sportifs qui ont contribué à sensibiliser près de 1 400 élèves.

délivre gratuitement la vaccination DTP aux enfants de moins de 6 ans dans les Centres Médico-Sociaux. Le SMSS de Villeurbanne n'assure plus les vaccinations dans les écoles depuis 2010, mais les infirmières scolaires vérifient les carnets de santé et alertent les familles qui ne respectent pas le calendrier vaccinal. A Paris, les campagnes de vaccination relèvent du bureau de la prévention. Les élèves peuvent se rendre dans les centres de prévention pour obtenir des vaccinations.

Au-delà du socle des missions obligatoires encadrées par la loi, des villes ont mis en place des actions de santé spécifiques pour répondre aux besoins de leur territoire. Ainsi, à Antibes Juan-les-Pins, une psychologue municipale assure sur le temps scolaire des consultations auprès d'enfants en difficultés et une orthophoniste vacataire assure des consultations de dépistage et de guidance parentale pour les enfants présentant des troubles du langage. La psychologue du service de santé scolaire a mis en place une action de « médiation par les pairs » avec le service périscolaire de la direction de l'éducation qui vise à développer les compétences psychosociales afin d'apprendre, dès l'enfance, à répondre aux conflits par la parole et le dialogue et sans violence. La ville d'Antibes est aussi particulièrement investie dans le dépistage des troubles de déficit de l'attention / hyperactivité (TDAH), ainsi que dans la prévention des risques psycho-sociaux et des conduites à risques au travers d'actions mobilisant des équipes pluridisciplinaires. La ville d'Antibes a aussi financé un programme GBG (*good behaviour game*) sur une des écoles de la commune à destination des enseignants et a ensuite décliné cette action sur les temps périscolaires.

La ville de Grenoble a recruté un orthophoniste à mi-temps afin d'évaluer, orienter et accompagner les enfants qui en ont besoin et de faire de la prévention des troubles du langage auprès des parents d'élèves.

Les services médicaux, en lien avec les services sociaux, participent à la protection de l'enfance en repérant les élèves en risque de danger pouvant déboucher sur des informations préoccupantes ou des signalements. La ville de Nantes, ainsi que la ville de Rennes pour la petite et moyenne section de maternelle, disposent d'une équipe d'assistants sociaux qui accompagnent les familles en fragilité que ce soit autour de soutiens dans leur parentalité ou pour faciliter leur accès aux soins et aux droits (loisirs, logement, cantine, etc.). Les travailleurs sociaux nantais exercent également un travail de veille et d'accompagnement en matière de protection de l'enfance. Ils peuvent être amenés à rédiger des informations préoccupantes ou des signalements et épauler également la communauté éducative (enseignants, directeurs d'école...) dans cette démarche. La ville de Lyon dispose de 22 ETP d'assistantes sociales qui participent de la même manière à l'accompagnement des familles autour de la parentalité, l'accès aux droits (loisirs, cantine, aide à l'intégration scolaire, etc.). Elles peuvent être amenées à rédiger des informations préoccupantes et/ou accompagnent les équipes pédagogiques dans la rédaction d'informations préoccupantes ou signalements. À la demande de la métropole, l'équipe médico-sociale pluridisciplinaire rédige des rapports complémentaires dans le cadre de l'évaluation des informations préoccupantes. À Rennes, suite au bilan de santé des 4 ans, les familles peuvent être orientées par les médecins et les infirmières vers l'assistante sociale du service ou l'un des 4 psychologues.

Enfin, les SMSS peuvent intervenir dans les cellules de crise en cas d'événements traumatisants.

Des actions de prévention et de promotion de la santé nombreuses

Les villes délégataires interviennent dans le champ de la promotion de la santé, ce qui les conduit à définir leur propre politique de santé en complément de la politique académique. Ces actions de prévention collective s'inscrivent dans le contrat local de santé dont l'éducation nationale est parfois cosignataire³³. Elles sont confiées le plus souvent aux personnels infirmiers comme à Clermont-Ferrand où des infirmières dédiées à la prévention évaluent les besoins de santé sur le territoire et élaborent un plan d'action pour répondre aux problématiques de santé identifiées par leurs collègues chargées des bilans infirmiers. Les actions de prévention élaborées par les services municipaux sont extrêmement variées. Elles portent sur l'alimentation, l'hygiène corporelle, le danger des écrans, le sommeil, les accidents domestiques, les jeux dangereux, l'estime de soi, le harcèlement, la sensibilisation au handicap, la vie affective et sexuelle, la puberté, etc. Des initiations aux gestes de premiers secours sont aussi proposées à Bordeaux (animées par les sapeurs-pompiers), à Grenoble, Nantes ou encore à Strasbourg. Des actions de prévention des accidents domestiques sont réalisées par la Croix-Rouge à destination des élèves de maternelle, CP et CE1 à Bordeaux.

À Grenoble, des travailleurs sociaux interviennent dans les classes pour mener des actions de prévention et d'éducation pour la santé co-construites avec les équipes éducatives et associant les parents. Les thématiques d'intervention à destination des enfants sont définies au regard des demandes des écoles et s'inscrivent autour des deux axes principaux qui sont « Vivre ensemble » (les compétences psycho-sociales, les relations filles-garçons, la puberté, etc.) et « Bien dans son corps » (l'audition, la nutrition, les écrans, etc.). Des éducateurs d'activité physique adaptée sont associés aux actions destinées aux élèves des classes ULIS porteurs de handicaps physiques et cognitifs. De même à Nantes, les infirmières peuvent se voir confier des actions d'éducation à la santé co-construites avec les équipes éducatives et validées par les conseillers pédagogiques de circonscription.

Certaines actions de promotion de la santé peuvent être menées avec des partenaires associatifs ou des acteurs territoriaux. C'est le cas notamment des séances de dépistage ou de contrôle bucco-dentaire menées à Grenoble en collaboration avec des praticiens de l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD), le pôle médical prenant en charge l'accompagnement des enfants porteurs de multi-caries. À Villeurbanne, ce sont des dentistes bénévoles qui assurent des dépistages dans les écoles les plus défavorisées. De même, la ville d'Antibes a mis en place depuis plus de vingt ans un dépistage bucco-dentaire systématique effectué par des dentistes libéraux qui interviennent bénévolement auprès de tous les élèves des écoles élémentaires. La ville de Bordeaux, en partenariat avec l'université, fait intervenir des étudiants dentaires de 6^e année dans les écoles maternelles situées en REP et présentant des indicateurs de santé bucco-dentaires défavorables. Le dispositif « M'T Dents » prend le relai dans les écoles élémentaires et est déployé en partenariat avec l'UFSBD et la CPAM qui effectue des relances auprès des familles n'ayant pas utilisé le bon pour l'examen bucco-dentaire de leur enfant. La ville de Strasbourg a opté pour un centre de santé dentaire qui permet à tous les élèves (de 700 à 900 selon les années) de bénéficier tous les ans d'un dépistage bucco-

³³ Seule la ville d'Antibes ne dispose pas d'un contrat local de santé (CLS). Concernant les villes de santé scolaire, l'éducation nationale est cosignataire de six contrats locaux de santé (Bordeaux, Grenoble, Nantes, Strasbourg, Vénissieux, Villeurbanne).

dentaire et à plusieurs centaines de bénéficiaires de soins gratuits au sein de cabinets répartis dans les quartiers de la ville, dans ou à proximité des écoles.

Autre exemple, le service de santé scolaire de Nantes qui est partenaire du dispositif « Bouge pour ta santé » porté par des mutuelles et déployé dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPPV). Le SMSS de Villeurbanne assure un repérage des enfants en surpoids et ne pratiquant pas d'activité physique. Les élèves concernés peuvent s'inscrire dans un dispositif *pass'sport santé* porté par la direction de la santé publique et la direction du sport. Ce lien entre les actions de dépistage et les dispositifs de la ville sont des éléments essentiels pour promouvoir la santé et faciliter les changements de comportement de l'élève et de sa famille au-delà du cadre scolaire. Par ailleurs, l'engagement de la ville de Villeurbanne dans l'accueil de populations migrantes s'est concrétisé dans certains groupes scolaires par un accueil spécifique des enfants de « squats » ou en « bidonvilles » scolarisés avec la possibilité d'accès à des douches. La ville effectue un repérage des problématiques de santé, un accompagnement à l'accès aux droits ainsi qu'une orientation vers des spécialistes en cas de besoin.

Les infirmières de Clermont-Ferrand travaillent en partenariat avec la CLCV (association nationale de défense des consommateurs) pour organiser des petits déjeuners et des goûters afin de sensibiliser les plus jeunes et leurs parents à l'importance de ce repas et à l'équilibre alimentaire. À Rennes, les infirmières et psychologues interviennent en partenariat avec le Programme de Réussite Éducative ou sur sollicitation des écoles sur la thématique de l'alimentation, de l'hygiène dentaire et du rapport aux écrans. À Lyon, les équipes pluridisciplinaires (infirmières, assistantes sociales, diététicienne, psychologue) travaillent en concertation avec les enseignants pour concevoir et mettre en place des actions d'éducation pour la santé répondant aux besoins repérés des enfants. Les actions, inscrites dans le projet de l'école, sont déployées sur le temps scolaire, mais peuvent trouver un prolongement sur les autres temps de l'enfant (périscolaire par exemple).

À Paris, la Mission Métropolitaine de Prévention des Conduites à Risques (MMPCR)³⁴ élabore des outils et finance des associations via des appels à projets qui réalisent des actions de prévention des risques sur des thématiques telles que la santé sexuelle, les produits psychotropes, les écrans ou le renforcement de l'estime de soi.

Une attention particulière est accordée aux parents qui sont les interlocuteurs privilégiés des services de santé scolaire. Les villes mènent des actions autour de la parentalité sous forme de « café des parents » dans les écoles (Bordeaux, Grenoble, Nantes, Strasbourg) ou d'ateliers parents-enfants (Grenoble). Les thèmes abordés sont variés : les risques liés aux écrans, le sommeil, l'autorité, la vaccination, l'alimentation, etc. Les médecins et les assistants sociaux peuvent être présents aux côtés des infirmiers selon les thématiques abordées.

L'ensemble de ces activités permet à certaines villes de disposer d'un observatoire de santé. À Strasbourg, cet observatoire a permis de créer en 2014 le dispositif *PRECCOSS (Prise en charge des enfants en surpoids)* qui permet un accompagnement pluridisciplinaire et gratuit des enfants en surpoids et obèses. La ville de Nantes délègue à un prestataire extérieur la saisie et l'analyse des données de santé qui ont permis d'objectiver des inégalités sociales et territoriales de santé dès le plus jeune âge. Les données collectées lors des visites médicales de grande section de maternelle et des bilans infirmiers en CE2 ont servi de base à l'étude de

³⁴ Créée en juillet 2013, la MMPCR met en œuvre la politique de la Mairie de Paris et du Conseil Départemental de la Seine-Saint-Denis dans le domaine de la prévention des conduites à risques.

l'Observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire portant sur l'évolution du statut pondéral et la santé bucco-dentaire des enfants résidant et scolarisés à Nantes entre 2009-2010 et 2016-2017. Une analyse croisée du statut pondéral et de la santé bucco-dentaire des enfants selon le niveau de défavorisation sociale de l'environnement résidentiel a en outre été menée spécifiquement par la plateforme « *Apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé* » (*Aapriiss*) de l'*Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société* (*Iferiss*) qui ont permis de mettre en lumière un surpoids deux fois plus fréquent chez les enfants des quartiers prioritaires et une obésité 3 à 4 fois plus fréquente³⁵. Ces données constituent une aide à la décision et permettent de cibler les actions sur les écoles ayant les populations les plus fragiles. Ces données ne sont malheureusement pas communiquées aux services académiques qui semblent les ignorer³⁶. À Villeurbanne, les infirmières participent au CESC lorsqu'il existe et synthétisent les données de contexte et de santé de chaque groupe scolaire dans un outil dit « monographie ». Cet outil permet d'avoir une vision globale du groupe scolaire et constitue un outil d'aide à la décision pour le choix des actions de prévention au sein de l'école.

Des villes délégataires plus efficaces que l'éducation nationale au prix d'investissements plus conséquents

Le taux de réalisation de la visite médicale des enfants dans leur 6^e année est beaucoup plus élevé dans les villes délégataires que dans les académies. Cependant, elles investissent dans le domaine de la santé scolaire des moyens très supérieurs au montant des subventions reçues de l'Etat en contrepartie des missions déléguées.

En 2018-2019, alors que les médecins de l'éducation nationale ont examiné 18 % des enfants, ce taux est 4 fois plus élevé dans les villes délégataires puisqu'il s'établit à 72,8 %. Par ailleurs, le taux d'enfants non examinés physiquement par un professionnel de santé est 6 fois moindre dans les villes délégataires (9,6 % contre 58 % à l'éducation nationale en 2018-2019).

³⁵ *La santé des nantais*. Publication de l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. Décembre 2018. p. 79 à 88.

³⁶ Les données statistiques ne sont pas transmises par la ville aux services de l'éducation nationale qui ne les demandent pas. De leur côté, les services académiques déclarent ne pas avoir accès aux données concernant la visite de la 6^{ème} année qui, de ce fait, ne sont pas remontées dans les statistiques de la DGESCO. Le prochain contrat local de santé (CLSa2 2019-2024) sera signé par l'éducation nationale, ce qui semble augurer des prémices d'une coopération.

**Tableau n° 20 : taux de réalisation de la visite médicale de la 6^e année
dans les villes délégataires**

Ville	Périmètre d'intervention	2013-2014		2018-2019	
		Taux de réalisation VM	% d'élèves n'ayant été vus par aucun professionnel de santé	Taux de réalisation VM	% d'élèves n'ayant été vus par aucun professionnel de santé
Antibes	Public + privé	99,5%	0,5%	98,2%	1,8%
Bordeaux	Public + privé	94,8%	5,2%	51,8%	48,2%
Grenoble	Public + privé	95,6%	4,4%	13,1%	3,0%
Lyon	Public	40,5%	3,0%	30,8%	6,5%
Nantes	Public + privé	88,1%	11,9%	100,0%	0,0%
Paris	Public	87,9%	12,1%	92,4%	7,6%
Strasbourg	Public	93,2%	6,8%	82,1%	6,7%
Villeurbanne	Public + privé	86,0%	0,5%	28,7%	10,9%
<i>Total général</i>		83,5%	8,7%	72,8%	9,6%

Source : Calcul Cour des comptes d'après données des villes délégataires

La visite médicale n'est pas systématique dans toutes les villes. Certaines maintiennent une visite systématique pour tous les enfants avec un taux de réalisation compris entre 90 % et 100 % (Antibes, Nantes et Paris). Strasbourg est un peu en deçà (82 %), toutefois, les élèves qui n'ont pas pu être examinés en grande section de maternelle sont systématiquement vus en cours préparatoire l'année suivante. Compte tenu de ce rattrapage, le taux d'enfants qui bénéficient d'un bilan de santé s'approche des 99 %.

Les visites sont réalisées par les médecins à 92 % à Paris, mais sont parfois limitées à des dépistages sensoriels. D'autres ciblent les visites sur les populations fragiles comme Bordeaux, Grenoble, Lyon et Villeurbanne avec des taux de réalisation compris entre 30 % et 50 % des effectifs de grande section de maternelle. En 2016, la ville de Grenoble a redéfini le périmètre d'intervention du SMSS. Les bilans de santé des médecins scolaires se concentrent désormais sur les élèves signalés par les infirmières ou les enseignants, ce qui explique la baisse sensible du taux de réalisation de la visite médicale entre 2013 et 2018. Cependant, tous les enfants dans leur 6^e année bénéficient d'un bilan infirmier comprenant notamment un dépistage sensoriel. Ce dépistage couvre 96 % des élèves.

Comme à l'éducation nationale, le taux de réalisation de la visite médicale se dégrade entre 2013-2014 (83,5 %) et 2018-2019 (72,8 %). Le recul est très net dans les villes de Bordeaux, Grenoble et Villeurbanne³⁷. Toutefois, seule la ville de Bordeaux présente un taux d'enfants non examinés par un professionnel de santé significativement élevé en 2018-2019 (48,2 %). Ce résultat exceptionnel s'explique par la faiblesse des effectifs médicaux disponibles

³⁷ La ville de Villeurbanne signale, s'agissant des bilan infirmiers de l'année 2018-2019 : « les bilans dans les écoles privées ont été décalées et se feront courant du dernier trimestre 2019. Les enfants seront vus exceptionnellement en CP. Cette organisation est liée à un manque de moyens humains conjoncturels (départ en retraite de 2 infirmières qui seront remplacées) ».

durant la période de réalisation des bilans en 2019³⁸. Il convient de noter pour la ville de Lyon que trois postes de médecin (2,4 ETP) étaient vacants durant l'année 2018-2019.

Un taux d'encadrement plus favorable

Si les villes délégataires sont plus efficaces que l'éducation nationale, elles bénéficient également de moyens humains plus conséquents. Le taux d'encadrement en médecins y est ainsi quatre fois plus favorable en 2018-2019 (soit le rapport constaté dans le taux de réalisation de la visite médicale) : 2 872 élèves par ETP de médecin, contre 12 572 élèves par ETP de médecin à l'éducation nationale.³⁹

Même en ne considérant que les élèves du 1^{er} degré public, le taux d'encadrement en médecins de l'éducation nationale demeure deux fois plus défavorable puisqu'il s'établit à 5 770 élèves par ETP en 2018-2019. L'écart demeure si l'on ne prend en compte que les effectifs d'élèves de grande section de maternelle concernés par la visite de la 6^e année. La moyenne des villes délégataires est de 393 élèves de GSM par médecin, tandis que la moyenne nationale est de 803 élèves de GSM par médecin scolaire⁴⁰ avec toutefois de fortes disparités départementales. Seule Villeurbanne se situe au-dessus de la moyenne des académies. Tout comme leurs homologues de l'éducation nationale, les médecins territoriaux des villes délégataires sont confrontés à une charge de travail croissante, liée pour certaines à l'augmentation des effectifs, et plus généralement à la hausse continue des examens à la demande pour l'examen des PAI, des PAP et des PPS. Le nombre croissant d'enfants en situation de précarité ou en situation de handicap est également souligné dans un contexte de pénurie de médecins.

Tableau n° 21 : évolution du nombre d'élèves par médecin (en ETP) dans les villes délégataires entre 2013 et 2018

Ville	2013	2018	Évolution
Antibes	2 204	2 302	4,4%
Bordeaux	4 602	4 594	-0,2%
Grenoble	1 895	3 814	101,3%
Lyon	3 397	3 688	8,6%
Nantes	3 343	3 281	-1,9%
Paris	2 364	2 276	-3,7%
Strasbourg	5 279	4 540	-14,0%
Villeurbanne	4 160	5 405	29,9%
Moyenne	2 768	2 872	3,7%

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

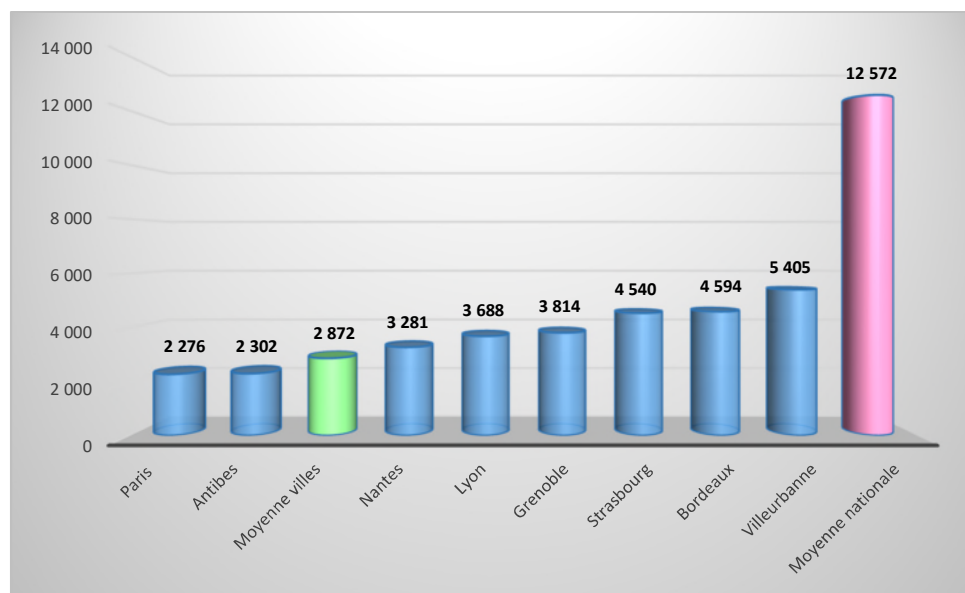
³⁸ À Bordeaux, les effectifs étaient de 4,5 ETP pour les médecins et de 5 ETP d'infirmiers entre février et juin 2019. Deux infirmières et un médecin ont depuis été recrutés pour renforcer les équipes. Par ailleurs, le SMSS avait accueilli trois nouveaux médecins à la rentrée 2018 qui avaient dû se former à la passation de ces bilans. En 2020, une nouvelle organisation du SMSS permettra la création d'un cinquième centre médico-scolaire pour renforcer le maillage territorial.

³⁹ Cette moyenne est calculée après déduction des visites réalisées par les villes afin d'éviter les doubles comptes

⁴⁰ La moyenne nationale est calculée hors vacataires afin d'effectuer une comparaison à périmètre constant, les villes délégataires n'employant pas de médecins vacataires.

Le taux d'encadrement s'est dégradé de 3,7 % en cinq ans puisque chaque médecin avait en moyenne à charge une centaine d'élèves en moins en 2013. Les effectifs d'élèves scolarisés dans le 1^{er} degré ont dans l'ensemble légèrement diminué de 1,8 % sur la période, tandis que les effectifs de médecins baissaient de -5,2 %. L'examen de chaque ville révèle que le taux d'encadrement s'est particulièrement dégradé à Grenoble (de 1 895 élèves par médecin en 2013 à 3 814 en 2018) sous l'effet conjugué d'une hausse des effectifs de 6,1 % et d'une diminution des effectifs de médecins de 7,4 ETP à 3,9 ETP⁴¹. Dans une moindre mesure, la situation s'est également dégradée à Lyon et à Villeurbanne en raison de l'augmentation des effectifs dans le 1^{er} degré. Villeurbanne a également souffert des difficultés de recrutement de médecins suite à des mutations qui ont laissé des postes non pourvus. À l'inverse, le taux d'encadrement s'est amélioré soit que la population scolarisée ait diminué (Paris), soit que la hausse des effectifs d'élèves ait été compensée par une hausse des effectifs de médecins (Nantes, Strasbourg).

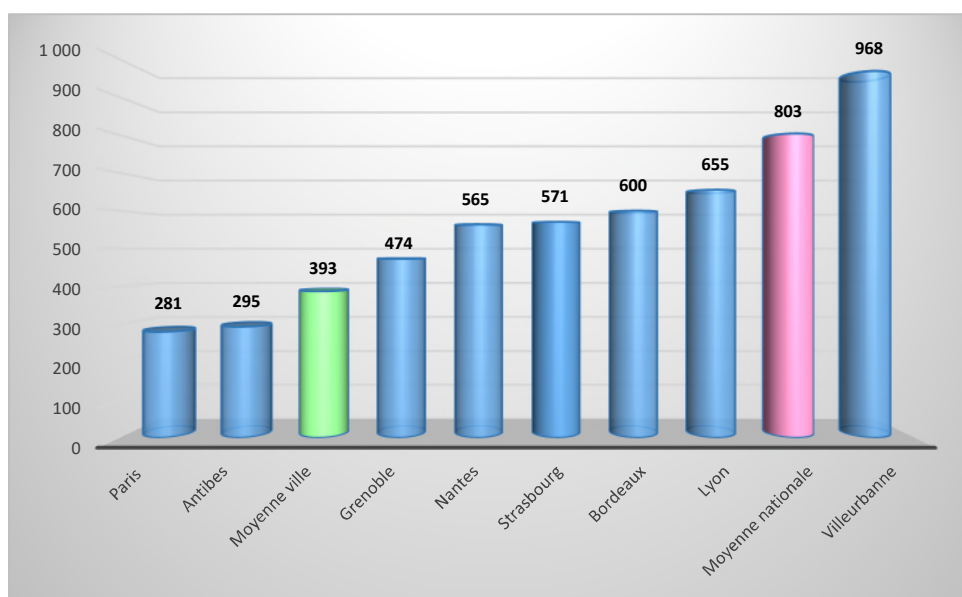
Graphique n° 5 : nombre moyen d'élèves du 1^{er} degré par médecin dans les villes délégataires du service de santé scolaire en 2018



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

⁴¹ Il convient de noter que sur la même période le nombre de personnels infirmiers est passé de 4,3 ETP à 7,4 ETP. Le personnel médical est donc quasiment stable.

Graphique n° 6 : nombre moyen d'élèves de grande section de maternelle par médecin dans les villes délégataires du service de santé scolaire en 2018



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

Les moyens humains consacrés par les villes délégataires à la médecine scolaire vont bien souvent au-delà des binômes médecins / infirmiers. Certaines d'entre elles disposent de véritables équipes pluridisciplinaires. Aucune n'emploie de médecins ou d'infirmiers vacataires (sauf à Vénissieux pour les campagnes de vaccination)⁴². En revanche, elles peuvent employer des spécialistes en vacation tels que des orthophonistes (Antibes, Strasbourg), des psychiatres (Paris), des allergologues (Vénissieux). La ville de Bordeaux recrutera en 2020 deux postes de médiateurs chargés de l'amélioration de l'accès aux soins des enfants et de leur famille. Comme les services de l'éducation nationale, certaines villes sont confrontées à des difficultés de recrutement de médecins (Grenoble, Paris, ou Villeurbanne) ou de spécialistes (infirmière spécialisée dans le champ bucco-dentaire à Grenoble par exemple). La ville de Lyon dispose d'une équipe ressource composée d'une diététicienne (0,5ETP) et une psychologue (0,5ETP).

⁴² Nantes emploie des médecins contractuels dit « temporaires ».

**Tableau n° 22 : effectifs des services municipaux de santé scolaire en 2018
(en ETP et hors vacataires)**

<i>Ville</i>	Médecins	Infirmiers	Assistants sociaux	Psychologues	Autres praticiens de santé (1)	Personnels administratifs (2)
<i>Antibes</i>	2,9	2,7	0,9	2		4
<i>Bordeaux</i>	5,5	7			2	6
<i>Clermont-Ferrand</i>		12,6				0,2
<i>Grenoble</i>	3,9	6,7	3,4		0,5	10,8
<i>Lyon</i>	7,4	43	22	0,5	0,5	1
<i>Nantes</i>	6,2	12,1	7,7		0,8	4,9
<i>Paris *</i>	57	4,7	7,7	20,6	31,1	73,5
<i>Rennes**</i>	4,2	4	1	3	1	1
<i>Strasbourg</i>	5,6	7,4				1
<i>Vénissieux</i>		8				2,5
<i>Villeurbanne</i>	2	10,2			1	0,25

Source : réponses des villes délégataires au questionnaire de la Cour

* Les effectifs de Paris incluent ceux du Centres d'Adaptation Psycho Pédagogique - CAPP⁴³ (66,4 ETP) et Paris Santé Réussite - PSR⁴⁴ (4,9 ETP) essentiellement composés de paramédicaux, psychologues et assistants sociaux.

** Les effectifs de Rennes incluent ceux des 17 crèches municipales soit 1,7 ETP médicaux et 0,8 ETP psychologues.

Une collaboration entre médecins et personnels infirmiers source d'efficacité

Les services municipaux de santé scolaire sont le plus souvent organisés par secteur comprenant plusieurs groupes scolaires ou écoles. Ils sont constitués de binômes médecins / infirmiers, voire de trinôme avec l'appui d'assistants de services sociaux comme à Nantes et à Lyon.

La collaboration entre médecins et personnels infirmiers est chose courante et s'exerce selon des modalités à géométrie variable. La visite de la 6^e année est souvent réalisée en binôme (Bordeaux, Antibes, Strasbourg, Nantes, Villeurbanne). Certaines communes réservent l'examen par un médecin aux élèves repérés préalablement par l'infirmière ou les enseignants selon le principe d'universalisme proportionné. C'est le cas à Grenoble où les élèves de grande section de maternelle bénéficient d'un dépistage infirmier systématique comportant un dépistage auditif et visuel, une mesure du poids et de la taille, une vérification de l'état buccodentaire, une vérification des vaccins et une synthèse avec l'enseignant concernant

⁴³ « Les centres d'adaptation psychopédagogiques sont des structures de prévention, d'aide et de soutien pour les enfants scolarisés dans les établissements parisiens. Ces centres, qui n'existent qu'à Paris ont des origines qui remontent à l'après-guerre. Ils sont placés sous la double tutelle de l'éducation Nationale et du département qui fournissent les moyens matériels (locaux...) et rémunèrent les personnels. » Rapport de l'Inspection Générale de la Ville de Paris. Mai 2004. Les CAPP sont des lieux de prévention, d'aide et de soutien pour accompagner et favoriser l'adaptation et l'inclusion scolaires des élèves de 3 à 10 ans qui ont difficultés scolaires teintées de problèmes psychologiques. Les équipes pluridisciplinaires des CAPP sont constituées de médecins, de pédopsychiatres, d'enseignants spécialisés, de psychologues, d'orthophonistes, de psychomotriciens et d'assistantes sociales... Il existe 10 CAPP situés principalement dans l'est parisien.

⁴⁴ Le réseau Paris santé réussite (PRS) est destiné aux élèves des arrondissements de l'est parisien présentant des troubles des apprentissages. L'équipe pluridisciplinaire de PSR est composée d'un médecin responsable, d'un pédopsychiatre, de deux orthophonistes, d'un neuropsychologue, d'un ergothérapeute et d'une secrétaire médicale.

l'adaptation de l'enfant en milieu scolaire et ses difficultés éventuelles d'apprentissage. Seuls les élèves identifiés comme présentant potentiellement une problématique de santé sont vus par un médecin scolaire pour un bilan de santé approfondi. De même à Lyon, les dépistages systématiques sont réalisés en première intention par les infirmiers pour tous les élèves, puis ceux qui sont repérés sont orientés vers le médecin pour une visite approfondie. La ville de Paris, qui dispose de peu d'infirmiers de santé scolaire actuellement va augmenter ses effectifs, afin de confier aux infirmières des actions de promotion de la santé sous la responsabilité d'un médecin. Elles seront déployées sur les dépistages afin de permettre aux médecins de se concentrer sur les examens à la demande.

À Villeurbanne, les infirmières assurent une partie du bilan (mensuration et calcul de l'indice de masse corporelle, dépistage sensoriel, bilan des troubles du langage, contrôle du carnet de vaccination) et les médecins scolaires, en fonction du résultat des premiers tests, effectuent un « bilan approfondi ». Pour les enfants pour lesquels aucune difficulté n'est avérée au stade du bilan, un retour est fait aux parents via le carnet de santé. En outre, les élèves dépistés lors du bilan ou signalés par l'enseignant, ou de façon systématique ceux qui sont scolarisés dans les écoles considérées comme les plus défavorisées, bénéficient d'un examen clinique en présence des parents. Les infirmières assurent l'accompagnement des familles lorsqu'elles sont orientées par le médecin vers un autre professionnel de santé spécialisé (orthophoniste, ophtalmologiste, pédopsychiatre, etc.) et contrôlent l'effectivité de ces orientations. Les enfants qui auraient échappé à la visite médicale en GSM sont convoqués en CP.

La collaboration médecin / infirmiers : l'exemple de Bordeaux

Hors REP : Les bilans standard (mensuration, dépistage dentaire, statut vaccinal, tests de la vision et de l'audition, langage en production, phonologie, motricité) sont réalisés par les infirmières seules à l'école pour les enfants pour lesquels aucun problème n'a été signalé lors du bilan des 3/4 ans ou par l'enseignant.

Le médecin voit sur une demi-journée, en binôme avec l'infirmière, tous les enfants pour lesquels un dépistage à surveiller a été indiqué lors du bilan des 3/4 ans ou qui ont été repérés par l'enseignant.

Le médecin revoit dans un second temps en consultation au CMS les enfants ayant un dépistage positif, avec les parents, pour un bilan approfondi du BSEDS⁴⁵ ou les oriente vers le médecin traitant avec un courrier.

En REP/REP+ : Les bilans standard sont réalisés en binôme médecin/infirmier. Le médecin revoit dans un second temps en consultation au CMS les enfants ayant un dépistage positif, avec les parents, pour un bilan approfondi du BSEDS ou les oriente vers le médecin traitant avec un courrier.

Un investissement par élève nettement supérieur à celui de l'État

Huit communes bénéficient d'une subvention de l'État en contrepartie des missions prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation qu'elles exercent par délégation. Le montant de la subvention ne repose sur aucun critère objectif et se trouve être de fait très variable d'une ville à l'autre. Les conventions qui lient l'éducation nationale aux villes de Grenoble et de

⁴⁵ Bilan de Santé Évaluation du Développement pour la Scolarité à 5/6 ans (BSEDS 5-6). Test développé initialement dans l'académie de Grenoble afin de dépister les retards ou troubles dans les domaines cognitifs impliqués dans l'apprentissage de la lecture.

Nantes ne prévoient aucun montant et se contentent d'indiquer que l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale, attribue la subvention déléguée annuellement par le ministère de l'éducation nationale pour l'exercice de la mission de santé scolaire de la ville. La convention de Strasbourg (2015) fixe le montant de la subvention à 130 000 € et prévoit une réactualisation annuelle en fonction des crédits délégués par le ministère. Celle de Bordeaux mentionne une revalorisation par voie d'avenant du montant de la subvention, fixé en 2017 à 101 330 €. La subvention versée à la ville de Paris est la plus élevée en valeur absolue, ce qui n'est pas surprenant compte tenu des effectifs d'élèves scolarisés dans la capitale, mais aussi en moyenne par élève. La subvention de Paris était historiquement basée sur les effectifs des médecins du service de santé scolaire⁴⁶. La base de calcul a été modifiée à l'occasion du renouvellement de la convention en 2016 pour prendre en compte les effectifs d'élèves. Le montant forfaitaire, initialement de 18 €, est désormais de 15,5 € par élève.

Tableau n° 23 : budget et subvention des villes délégataires du service de santé scolaire

	Budget total du SMSS en 2018 (1)	Coût moyen par élève pris en charge (2)	Subvention État par élève en 2018 (3)	Subvention État en 2018 (4)
<i>Bordeaux</i>	845 425	38,75	6,71	111 350
<i>Villeurbanne</i>	760 000	70	2,39	25 447
<i>Antibes</i>	959 806	144	1,68	8 610
<i>Grenoble</i>	1 464 101	98	5,88	65 060
<i>Lyon</i>	3 600 000	132	2,29	62 553
<i>Nantes</i>	2 136 404	105	4,2	85 335
<i>Paris (5)</i>	13 307 200	106	18	1 990 836
<i>Strasbourg (6)</i>	930 084	53	6,94	130 000
<i>Total des subventions versées en 2018 aux villes délégataires (7)</i>				2 479 191

Source : Calcul d'après réponses des villes au questionnaire de la Cour et MENJ (DGESCO)

(1) Il s'agit des dépenses constatées en 2018 (fonctionnement et masse salariale uniquement) déclarées par les villes.

(2) Il s'agit du coût moyen par élève scolarisé dans la ville dans le 1^{er} degré public, ou public et privé, de la petite section au CM2, ou de la GSM jusqu'au CM2, et du 2nd degré (Antibes uniquement), selon le périmètre d'intervention du SMSS.

(3) Il s'agit de la subvention moyenne par élève versée par l'Etat sur le périmètre concerné par la délégation, à savoir les effectifs, communiqués par les villes, du 1^{er} degré de la GSM au CM2 public, ou public et privé, selon le périmètre d'intervention du SMSS.

(4) Les villes peuvent par ailleurs bénéficier de financements spécifiques, notamment des ARS, pour la mise en œuvre d'actions de promotion à la santé, qui ne sont pas intégrées dans ce tableau. Celles qui interviennent dans le champ de la PMI par délégation du département reçoivent en contrepartie une subvention de celui-ci.

(5) Pour Paris, le montant des dépenses correspond au bureau de la santé scolaire et des CAPP (BSSC) de la sous-direction de la santé. La masse salariale du SMSS stricto sensu est d'environ 8,6 M€ sur un total de 12,8 M€. Si l'on ne considère que les dépenses du SMSS, le coût par élève chute à 73 euros.

(6) Le budget de la ville de Strasbourg inclut le coût de fonctionnement du centre de santé dentaire (417 389 € en 2018) dédié quasi-exclusivement aux écoliers de la ville. Le centre a généré 47 692 € de recettes en 2018.

(7) Source DGESCO

⁴⁶ La convention de 2013 fixait la subvention à 72 710 € par médecin.

La subvention versée par élève s'échelonne de 1,68 € pour Antibes Juan-les-Pins à 18 € pour Paris avec une moyenne en 2018 de 12,34 € pour les huit villes concernées. Les subventions versées sont loin de couvrir toutes les dépenses engagées par les villes puisque l'État ne couvre que les dépenses obligatoires : 15 % des dépenses, masse salariale comprise, selon la ville de Paris, seulement 4 % à Nantes selon les chiffres qu'elle communique⁴⁷. Hors villes délégataires, le coût moyen par élève pris en charge par l'État, en ce qui concerne la santé scolaire, était de 46 euros par élève (1^{er} et 2nd degré) en 2018⁴⁸. Selon les données communiquées par les villes, leur investissement financier dans le domaine de la santé scolaire est nettement supérieur à celui consenti par l'État. Il est trois fois supérieur à la moyenne nationale à Antibes Juan-les-Pins et Lyon et plus deux fois supérieur à Grenoble, Nantes et Paris. Seule la ville de Strasbourg est en dessous de la moyenne.

Plusieurs villes ont interpellé le ministre de l'éducation nationale afin que le montant de la subvention soit réévalué chaque année à partir des crédits votés en loi de finances sur le programme 230 « Vie de l'élève » de la mission « Enseignement scolaire » avec une prise en charge pour moitié du coût moyen constaté. Interrogé sur ce sujet au Sénat, le ministre de l'éducation nationale, tout en rappelant qu'il est délicat de comparer les dépenses des collectivités en la matière avec celles de l'État puisqu'elles n'agissent pas sur le même périmètre, s'est montré disposé à ce que des demandes de revalorisation déposées par les villes soient examinées par ses services⁴⁹.

L'abaissement de la scolarité obligatoire à 3 ans risque de relancer le débat entre les villes délégataires et le ministère de l'éducation sur le montant des subventions allouées.

Une collaboration à géométrie variable avec les services de l'éducation nationale

Les collaborations entre les services municipaux et les équipes pédagogiques sont nombreuses et fréquentes au niveau du terrain, notamment avec les membres des Rased. Les personnels médicaux des villes assurent un rôle de conseil auprès des IEN, des directeurs d'école et des équipes éducatives pour de nombreux sujets (handicap, troubles des apprentissages, protection de l'enfance, veille sanitaire) et participent fréquemment aux équipes éducatives et aux équipes de suivi de la scolarisation des écoles. Les personnels médicaux de la Ville d'Antibes collaborent également sur des programmes de formation à l'attention des enseignants en partenariat avec les services hospitaliers. Ainsi, une formation dont le thème était « améliorer le dépistage des enfants TDA/H » a été menée auprès de tous les enseignants

⁴⁷ La Cour ne dispose pas des éléments permettant de d'isoler au sein des les charges communiquées par les villes celles qui relèvent du périmètre de la PMI lorsqu'elles interviennent également sur ce champ par délégation du département. Dès lors, il n'est pas possible de calculer précisément la part des charges couvertes par la subvention de l'État pour ce qui relève de la délégation de l'éducation nationale proprement dite (de la grande section de maternelle au CM2). Ce calcul est toutefois possible pour les villes comme Nantes qui n'interviennent qu'à partir de la GSM. Compte-tenu des éléments de budget communiqués par la ville de Nantes, que la Cour n'est pas en mesure d'expertiser, le ratio de couverture de 4 % semble plausible. La subvention attribuée à la ville de Nantes a été fortement réévaluée en 2011 passant de 29 604 € à 85 335 €. Son montant n'a pas été revu depuis cette date.

⁴⁸ Ce chiffre a été calculé sur la base des crédits de paiements de l'action 02 « Santé scolaire » du programme 230 « Vie de l'élève » (source : RAP 2018), desquels a été déduit le montant total des subventions versées aux villes délégataires en 2018, au regard des effectifs des élèves du 1^{er} et 2nd degré public et privé à la rentrée 2018 (source : RERS 2019) desquels ont été déduits les effectifs des villes délégataires concernés par la délégation.

⁴⁹ Question orale n° 0254S de M. Gilbert-Luc Devinaz (Rhône - SOCR) publiée dans le JO Sénat du 01/03/2018 p. 896.

de la circonscription et a abouti à la création d'un groupe ressource de référents TDA/H avec des enseignants volontaires.

Les relations entre cadres de santé sont parfois plus occasionnelles. Elles ont souvent lieu en fin d'année lors de la passation des dossiers médicaux qui permet d'échanger sur les cas particuliers. Les données statistiques relatives aux visites de la 6^e année sont communiquées presque systématiquement aux services de l'éducation nationale sous forme manuelle via des tableurs. Les dossiers médicaux sont quant à eux transmis sous format papier à l'occasion de l'entrée de l'élève au collège. Si certaines villes comme Strasbourg disposent d'un dossier médical informatisé et partagé entre les différents professionnels de santé, l'incompatibilité du logiciel avec ceux utilisés par l'éducation nationale rend impossible toute transmission numérique. Des projets d'informatisation des dossiers médicaux sont à l'étude dans plusieurs villes (Bordeaux, Grenoble, Nantes, Villeurbanne) qui pourraient déployer le logiciel ESCULAPE de l'éducation nationale ou disposer d'un logiciel compatible comme le souhaite la ville de Paris⁵⁰.

Les élus ont des contacts réguliers avec les responsables académiques, recteur ou directeur des services départementaux, mais les questions de santé semblent rarement abordées sauf à l'occasion de la renégociation des conventions. La collaboration autour des questions de santé est parfois plus formalisée. Ainsi, le DASEN du Rhône est membre du comité de pilotage du contrat local de santé de Villeurbanne.

La coordination des actions entre les différents partenaires n'est pas toujours aboutie. Les conventions de Bordeaux et de Strasbourg prévoient une réunion annuelle entre les partenaires pour coordonner les missions du SMSS avec celles de la mission de la promotion de la santé en faveur des élèves de l'éducation nationale. La coordination des actions du SMSS avec celles de l'éducation nationale constitue dans certains cas un axe de travail du CLS afin de garantir la cohérence et l'efficacité des actions. Ainsi, le contrat local de santé de la ville de Grenoble comprend une fiche action visant à « formaliser les coopérations entre l'éducation Nationale et la Ville de Grenoble dans le cadre du parcours éducatif de santé »⁵¹. Le contrat local de santé de Villeurbanne⁵² s'inscrit dans le projet de l'académie de Lyon pour instaurer une démarche de partenariat entre le service de santé scolaire et la DSDEN du Rhône pour améliorer la scolarisation, l'inclusion et la réussite des publics fragilisés⁵³. Il s'agit de concevoir le parcours éducatif de santé de manière cohérente de la maternelle à la fin du collège.

⁵⁰ La ville de Paris prévoit, dans le respect du RGPD, de réaliser des transmissions d'informations entre le SI PMI et le SI santé scolaire afin d'assurer la continuité du suivi de l'enfant dans le cadre de son entrée à l'école. De la même manière, avec l'accord des familles, une transmission du dossier vers Esculape sera possible dans le second degré.

⁵¹ Axe stratégique 3 *Agir pour la santé des publics et situations qui demandent une attention particulière : enfants, jeunes, santé mentale, addictologie*. Fiches actions n° PS enfants 1 et 2. Contrat local de santé 2018-2023 p. 64 et suivantes.

⁵² Contrat local de santé 2017-2020. Fiche action n° 5 Promouvoir la santé dès les premiers âges de la vie et dans les écoles.

⁵³ « *La volonté de monsieur l'Inspecteur d'académie-directeur académique du Rhône est de renforcer les interventions des personnels du service social et du service de santé auprès des élèves du premier degré, notamment les élèves des milieux les plus défavorisés scolarisés dans les écoles REP et REP+* ». Contrat local de santé 2017-2020, p. 30.

Annexe n° 17 : données sur le bilan infirmier des élèves dans leur 12^e année

**Tableau n° 24 : taux de réalisation des bilans infirmiers de la 12^e année en 2018-2019 :
les 7 départements qui ont déclaré réaliser des visites dans les établissements privés
sous contrat**

Départements	Public	Privé	Public+Privé
Corrèze	ND	ND	87,7%
Côte-d'Or	98,5%	50,1%	90,0%
Creuse	ND	ND	98,2%
Haute-Vienne	ND	ND	88,6%
Nièvre	94,4%	100,0%	95,1%
Saône-et-Loire	85,1%	74,9%	83,8%
Yonne	91,6%	82,4%	89,9%

Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies et du MENJ (DEPP)

**Tableau n° 25 : nombre de départements par tranche de taux de réalisation du bilan
infirmier (2018-2019)**

Taux de réalisation	Nb de départements
Moins de 20 %	3
De 20 % à 40 %	5
De 40 % à 60 %	23
De 60 % à 80 %	47
Plus de 80 %	20
Total	98

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

Tableau n° 26 : taux de réalisation par département du bilan de la 12^e année

Académie/Département	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différentié	Public+Privé	public	privé	Secteur non différentié	Public+Privé
Aix-Marseille	20,2%	0,0%		16,3%	57,6%	0,0%		46,3%
Alpes-de-Haute-Provence	55,0%	0,0%		50,8%	67,3%	0,0%		61,4%
Bouches-du-Rhône	16,0%	0,0%		12,7%	51,4%	0,0%		40,6%
Hautes-Alpes	10,9%	0,0%		10,1%	90,4%	0,0%		82,0%
Vaucluse	26,0%	0,0%		20,6%	68,1%	0,0%		54,3%
Amiens	82,4%	0,0%		69,4%	89,3%	0,0%		73,9%

Académie/Département	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différencié	Public+Privé	public	privé	Secteur non différencié	Public+Privé
<i>Aisne</i>	83,6%	0,0%		73,6%	87,5%	0,0%		76,0%
<i>Oise</i>	71,2%	0,0%		60,8%	84,1%	0,0%		69,9%
<i>Somme</i>	100,0%	0,0%		78,5%	100,0%	0,0%		78,1%
Besançon	92,3%	0,0%		78,5%	88,5%	0,0%		73,0%
<i>Doubs</i>	97,3%	0,0%		82,6%	90,8%	0,0%		74,2%
<i>Haute-Saône</i>	85,8%	0,0%		76,9%	69,7%	0,0%		59,7%
<i>Jura</i>	87,3%	0,0%		72,4%	97,7%	0,0%		78,5%
<i>Territoire de Belfort</i>	94,9%	0,0%		77,1%	96,6%	0,0%		80,8%
Bordeaux	83,1%	0,0%		68,5%	76,7%	0,0%		62,3%
<i>Dordogne</i>	93,2%	0,0%		82,4%	88,1%	0,0%		76,1%
<i>Gironde</i>	75,2%	0,0%		62,9%	62,6%	0,0%		52,3%
<i>Landes</i>	85,7%	0,0%		79,2%	86,0%	0,0%		77,0%
<i>Lot-et-Garonne</i>	86,6%	0,0%		73,2%	91,2%	0,0%		75,8%
<i>Pyrénées-Atlantiques</i>	93,9%	0,0%		65,2%	96,7%	0,0%		64,3%
Caen	92,0%	0,0%		71,6%	77,5%	0,0%		58,6%
<i>Calvados</i>	89,6%	0,0%		71,6%	66,3%	0,0%		51,1%
<i>Manche</i>	99,6%	0,0%		75,3%	96,6%	0,0%		70,9%
<i>Orne</i>	84,7%	0,0%		65,2%	74,9%	0,0%		56,3%
Clermont-Ferrand	87,8%	0,0%		71,0%	91,8%	0,0%		72,2%
<i>Allier</i>	73,7%	0,0%		67,1%	91,4%	0,0%		81,3%
<i>Cantal</i>	81,6%	0,0%		69,3%	72,6%	0,0%		61,7%
<i>Haute-Loire</i>	97,3%	0,0%		59,8%	97,4%	0,0%		56,3%
<i>Puy-de-Dôme</i>	94,5%	0,0%		77,9%	94,3%	0,0%		75,6%
Corse	30,5%	0,0%		28,7%	77,8%	0,0%		72,8%
<i>Corse-du-Sud</i>	8,2%	0,0%		7,8%	71,6%	0,0%		67,7%
<i>Haute-Corse</i>	50,9%	0,0%		47,9%	83,1%	0,0%		77,1%
Créteil	ND	0,0%		ND	74,2%	0,0%		64,3%
<i>Seine-et-Marne</i>	ND	0,0%		ND	72,4%	0,0%		63,6%
<i>Seine-Saint-Denis</i>	ND	0,0%		ND	74,7%	0,0%		64,9%
<i>Val-de-Marne</i>	ND	0,0%		ND	75,8%	0,0%		64,2%
Dijon	69,6%	ND		ND	91,9%	70,5%		88,6%
<i>Côte-d'Or</i>	76,2%	ND		ND	98,5%	50,1%		90,0%
<i>Nièvre</i>	64,5%	ND		ND	94,4%	100,0%		95,1%
<i>Saône-et-Loire</i>	81,2%	ND		ND	85,1%	74,9%		83,8%
<i>Yonne</i>	45,1%	ND		ND	91,6%	82,4%		89,9%

<i>Académie/Département</i>	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différencié	Public+Privé	public	privé	Secteur non différencié	Public+Privé
<i>Grenoble</i>	28,2%	0,0%		22,3%	82,5%	0,0%		64,5%
<i>Ardèche</i>	73,9%	0,0%		52,3%	97,0%	0,0%		67,2%
<i>Drôme</i>	39,9%	0,0%		30,3%	68,0%	0,0%		50,9%
<i>Haute-Savoie</i>	12,6%	0,0%		9,4%	98,4%	0,0%		72,8%
<i>Isère</i>	13,8%	0,0%		11,4%	71,2%	0,0%		58,4%
<i>Savoie</i>	54,6%	0,0%		47,3%	95,2%	0,0%		82,2%
<i>Guadeloupe</i>	58,6%	0,0%		53,0%	22,7%	0,0%		20,1%
<i>La Réunion</i>	70,6%	0,0%		64,7%	78,1%	0,0%		71,2%
<i>Lille</i>	97,1%	0,0%		70,7%	93,2%	0,0%		66,8%
<i>Nord</i>	96,2%	0,0%		65,8%	93,7%	0,0%		62,9%
<i>Pas-de-Calais</i>	98,3%	0,0%		79,6%	92,4%	0,0%		74,0%
<i>Limoges</i>	ND	ND	82,0%	82,0%	ND	ND	89,6%	89,6%
<i>Corrèze</i>	ND	ND	79,7%	79,7%	ND	ND	87,7%	87,7%
<i>Creuse</i>	ND	ND	85,8%	85,8%	ND	ND	98,2%	98,2%
<i>Haute-Vienne</i>	ND	ND	82,3%	82,3%	ND	ND	88,6%	88,6%
<i>Lyon</i>	68,3%	0,0%		48,8%	56,0%	0,0%		39,6%
<i>Ain</i>	67,2%	0,0%		55,3%	37,9%	0,0%		31,0%
<i>Loire</i>	76,6%	0,0%		54,4%	67,9%	0,0%		47,6%
<i>Rhône</i>	65,0%	0,0%		44,0%	59,3%	0,0%		39,5%
<i>Martinique</i>	83,3%	0,0%		75,0%	50,5%	0,0%		43,6%
<i>Montpellier</i>	88,3%	0,0%		73,8%	91,5%	0,0%		76,1%
<i>Aude</i>	94,5%	0,0%		85,7%	97,7%	0,0%		86,7%
<i>Gard</i>	93,9%	0,0%		76,3%	100,0%	0,0%		81,7%
<i>Hérault</i>	77,5%	0,0%		65,2%	78,9%	0,0%		66,0%
<i>Lozère</i>	96,3%	0,0%		65,8%	92,5%	0,0%		65,0%
<i>Pyrénées-Orientales</i>	99,1%	0,0%		82,0%	100,0%	0,0%		82,7%
<i>Nancy-Metz</i>	95,0%	0,0%		82,0%	65,2%	0,0%		56,0%
<i>Meurthe-et-Moselle</i>	93,9%	0,0%		80,0%	64,4%	0,0%		55,1%
<i>Meuse</i>	97,0%	0,0%		85,1%	11,0%	0,0%		9,7%
<i>Moselle</i>	94,9%	0,0%		81,6%	71,5%	0,0%		61,0%
<i>Vosges</i>	96,1%	0,0%		85,3%	76,5%	0,0%		66,6%
<i>Nantes</i>	83,8%	0,0%		49,2%	ND	0,0%		ND
<i>Loire-Atlantique</i>	82,2%	0,0%		48,8%	ND	0,0%		ND
<i>Maine-et-Loire</i>	66,4%	0,0%		36,3%	79,7%	0,0%		40,9%
<i>Mayenne</i>	94,8%	0,0%		56,5%	95,5%	0,0%		56,2%

Académie/Département	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différentié	Public+Privé	public	privé	Secteur non différentié	Public+Privé
<i>Sarthe</i>	95,2%	0,0%		74,4%	97,5%	0,0%		73,6%
<i>Vendée</i>	90,7%	0,0%		40,3%	75,1%	0,0%		34,7%
Nice	87,5%	0,0%		74,5%	91,6%	0,0%		77,5%
<i>Alpes-Maritimes</i>	80,1%	0,0%		67,3%	94,7%	0,0%		79,0%
<i>Var</i>	94,8%	0,0%		81,8%	88,5%	0,0%		76,0%
Orléans-Tours	77,9%	0,0%		67,0%	89,6%	0,0%		76,6%
<i>Cher</i>	78,4%	0,0%		71,3%	83,2%	0,0%		74,7%
<i>Eure-et-Loir</i>	89,7%	0,0%		75,7%	95,9%	0,0%		79,4%
<i>Indre</i>	78,5%	0,0%		70,3%	78,2%	0,0%		70,7%
<i>Indre-et-Loire</i>	89,7%	0,0%		74,6%	87,1%	0,0%		71,9%
<i>Loiret</i>	59,3%	0,0%		51,4%	92,3%	0,0%		80,5%
<i>Loir-et-Cher</i>	81,1%	0,0%		68,5%	92,1%	0,0%		76,9%
Paris	59,9%	0,0%		39,6%	91,3%	0,0%		59,2%
Poitiers	84,0%	0,0%		73,9%	96,5%	0,0%		70,3%
<i>Charente</i>	93,6%	0,0%		80,3%	98,7%	0,0%		83,5%
<i>Charente-Maritime</i>	75,2%	0,0%		66,4%	100,0%	0,0%		94,8%
<i>Deux-Sèvres</i>	100,0%	0,0%		93,0%	83,6%	0,0%		62,1%
<i>Vienne</i>	75,9%	0,0%		62,1%	100,0%	0,0%		86,0%
Reims	23,8%	0,0%		19,9%	67,7%	0,0%		54,9%
<i>Ardennes</i>	22,8%	0,0%		19,8%	85,1%	0,0%		72,4%
<i>Aube</i>	15,7%	0,0%		13,4%	24,1%	0,0%		19,8%
<i>Haute-Marne</i>	75,6%	0,0%		66,6%	91,9%	0,0%		80,1%
<i>Marne</i>	11,3%	0,0%		8,9%	75,9%	0,0%		58,3%
Rennes	77,4%	0,0%		44,8%	85,7%	0,0%		48,0%
<i>Côtes-d'Armor</i>	74,0%	0,0%		49,2%	88,7%	0,0%		57,9%
<i>Finistère</i>	89,2%	0,0%		52,4%	99,5%	0,0%		56,9%
<i>Ille-et-Vilaine</i>	61,1%	0,0%		35,8%	75,0%	0,0%		42,6%
<i>Morbihan</i>	93,3%	0,0%		45,2%	82,6%	0,0%		37,9%
Rouen	10,3%	0,0%		8,8%	54,5%	0,0%		45,6%
<i>Eure</i>	4,7%	0,0%		4,1%	51,8%	0,0%		45,4%
<i>Seine-Maritime</i>	13,5%	0,0%		11,3%	56,0%	0,0%		45,6%
Strasbourg	90,5%	0,0%		76,9%	76,1%	0,0%		64,4%
<i>Bas-Rhin</i>	91,4%	0,0%		80,1%	68,9%	0,0%		60,5%
<i>Haut-Rhin</i>	89,0%	0,0%		72,5%	87,5%	0,0%		70,1%
Toulouse	90,5%	0,0%		75,4%	71,4%	0,0%		59,0%

<i>Académie/Département</i>	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différencié	Public+Privé	public	privé	Secteur non différencié	Public+Privé
<i>Ariège</i>	100,0%	0,0%		87,1%	91,0%	0,0%		79,6%
<i>Aveyron</i>	90,1%	0,0%		61,8%	67,4%	0,0%		44,2%
<i>Gers</i>	87,8%	0,0%		75,0%	92,0%	0,0%		75,0%
<i>Haute-Garonne</i>	85,3%	0,0%		73,6%	73,3%	0,0%		63,1%
<i>Hautes-Pyrénées</i>	91,8%	0,0%		75,6%	92,8%	0,0%		74,1%
<i>Lot</i>	98,5%	0,0%		88,0%	76,4%	0,0%		67,6%
<i>Tarn</i>	97,3%	0,0%		79,0%	84,4%	0,0%		67,7%
<i>Tarn-et-Garonne</i>	96,6%	0,0%		78,9%	7,4%	0,0%		6,0%
<i>Versailles</i>	59,1%	0,0%		50,8%	78,4%	0,0%		67,4%
<i>Essonne</i>	81,0%	0,0%		69,9%	98,8%	0,0%		84,8%
<i>Hauts-de-Seine</i>	53,7%	0,0%		40,0%	56,7%	0,0%		42,6%
<i>Val-d'Oise</i>	71,0%	0,0%		60,4%	87,1%	0,0%		74,3%
<i>Yvelines</i>	33,2%	0,0%		33,2%	69,9%	0,0%		69,9%
<i>Total général</i> ⁵⁴	70,7%	0,0%	82,0%	55,7%	78,4%	1,2%	89,6%	61,9%

ND : Non disponible

Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies et du MENJ (DEPP)

⁵⁴ La moyenne nationale est une moyenne pondérée en fonction des effectifs de chaque département.

Annexe n° 18 : données sur la visite médicale obligatoire pour travaux réglementés

**Tableau n° 27 : nombre de départements par tranche de nombre moyen de visites pour
travaux réglementés réalisées par médecin (vacataires compris) en 2018-2019**

<i>Nb de visites par médecin</i>	Départements⁵⁵
<i>Moins de 100 visites</i>	9
<i>De 100 à 200 visites</i>	41
<i>De 200 à 300 visites</i>	27
<i>De 300 à 400 visites</i>	12
<i>Plus de 400 visites</i>	9
<i>Total</i>	98

Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies

**Tableau n° 28 : taux de réalisation des visites pour travaux réglementés en 2018-2019 :
les 19 départements qui ont déclaré réaliser des visites dans les établissements
privés sous contrat**

Département	Public	Privé	Public + Privé
<i>Allier</i>	47,1%	34,1%	45,4%
<i>Aveyron</i>	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Corrèze</i>	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Côte-d'Or</i>	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Finistère</i>	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Haute-Garonne</i>	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Ille-et-Vilaine</i>	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Maine-et-Loire</i>	99,0%	99,0%	99,0%
<i>Morbihan</i>	97,4%	79,7%	91,8%
<i>Nièvre</i>	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Nord</i>	96,0%	32,5%	81,1%
<i>Pas-de-Calais</i>	95,1%	73,8%	94,7%
<i>Saône-et-Loire</i>	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Sarthe</i>	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Savoie</i>	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Seine-et-Marne</i>	84,4%	100,0%	84,4%
<i>Tarn</i>	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Vendée</i>	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Yonne</i>	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies

⁵⁵ Absence de données du Cantal et de Mayotte. L'Indre n'a plus de médecin scolaire.

Dans le secteur public, les visites pour travaux réglementés sont faites en totalité dans 60 départements.

Tableau n° 29 : nombre de départements par tranche de taux de réalisation des visites pour travaux réglementés en 2018-2019 dans le secteur public

<i>Taux de réalisation</i>	Nb de départements
<i>Moins de 50 %</i>	9
<i>De 50 % à 60 %</i>	2
<i>De 60 % à 70 %</i>	4
<i>De 70 % à 80 %</i>	2
<i>De 80 % à 90 %</i>	5
<i>De 90 % à 100 %</i>	64
<i>Total</i>	86

Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies

Tableau n° 30 : taux de réalisation des visites pour travaux réglementés dans le secteur public en 2018-2019 : les 9 départements pour lesquels le taux est inférieur à 50 %

<i>Départements</i>	Taux de réalisation
<i>Lozère</i>	0,0%
<i>Aude</i>	24,1%
<i>Martinique</i>	31,0%
<i>Hérault</i>	31,1%
<i>Pyrénées-Orientales</i>	36,6%
<i>Seine-Saint-Denis</i>	39,4%
<i>Gard</i>	44,3%
<i>Var</i>	46,9%
<i>Allier</i>	47,1%

Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies

**Annexe n° 19 : résumé et orientations du rapport demandé
par le Président de l'Assemblée nationale pour le comité d'évaluation
et de contrôle des politiques publiques, Contribution à l'évaluation
de la médecine scolaire (2011)**

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 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.

Annexe n° 20 : la rémunération des médecins

Tableau n° 31 : la revalorisation de la grille indiciaire des médecins de l'éducation nationale

Échelons	Indices bruts			
	au 1 ^{er} janvier 1992	au 1 ^{er} août 2012	au 1 ^{er} janvier 2017	au 1 ^{er} janvier 2019
<i>Médecin de l'éducation nationale hors classe</i>				
5 ^e			HEB	HEB
4 ^e			HEA	HEA
3 ^e			1021	1027
2 ^e			971	978
1 ^{er}			906	913
<i>Médecin de l'éducation nationale de 1^{ère} classe</i>				
6 ^e		HEA	HEA	HEA
5 ^e	1015	1015	1021	1027
4 ^e	966	966	971	978
3 ^e	901	901	906	913
2 ^e	830	852	857	863
1 ^{er}	750	801	807	814
<i>Médecin de l'éducation nationale de 2^{ème} classe</i>				
11 ^e	852			
10 ^e	821			
9 ^e	772	966	971	978
8 ^e	750	901	906	913
7 ^e	701	852	857	863
6 ^e	655	801	807	814
5 ^e	612	750	755	762
4 ^e	562	701	706	713
3 ^e	513	655	659	665
2 ^e	480	588	593	600
1 ^{er}	427	528	535	542

Décret n° 2012-900 du 20 juillet 2012 modifiant le décret n° 2009-1303 du 26 octobre 2009 fixant l'échelonnement indiciaire applicable à certains corps relevant du ministère chargé de l'éducation nationale

Décret n° 2017-1737 du 21 décembre 2017 modifiant le décret n° 2009-1303 du 26 octobre 2009 fixant l'échelonnement indiciaire applicable à certains corps et emplois relevant du ministère chargé de l'éducation nationale

Arrêté du 3 janvier 1992 fixant l'échelon indiciaire applicable au corps des médecins de l'éducation nationale

Tableau n° 32 : comparaison des grilles indiciaires des médecins

		Indice Brut premier échelon	Indice Brut dernier échelon
<i>1^{er} grade</i>	Médecin éducation nationale 2 ^e classe	542	978
	Médecin territorial 2 ^e classe	542	977
	Médecin inspecteur de santé publique	542	977
<i>2^e grade</i>	Médecin éducation nationale 1 ^{ère} classe	814	HEA
	Médecin territorial 1 ^{ère} classe	813	HEA
	Médecin inspecteur en chef de santé publique	762	HEB
<i>3^e grade</i>	Médecin éducation nationale hors classe	913	HEB
	Médecin territorial hors classe	912	HEB bis
	Médecin général de santé publique	HEA	HEC
	MEN-CT Groupe III	853	HEA
	MEN-CT Groupe II	912	HEB
	MEN-CT Groupe I	HEA	HEB bis

Tableau n° 33 : plafonds et montants minimaux annuels de l'indemnité de fonctions, de sujétions et d'expertise (IFSE) et du complément indemnitaire annuel (CIA) des médecins de l'éducation nationale et des médecins de l'éducation nationale – conseiller technique (en euros)

	Groupes de fonctions	Plafond IFSE (1)	Minimum IFSE (2)	Plafond CIA (1)
<i>MEN</i>	Groupe 1	16 500	5 600	3 000
	Groupe 2	16 000	5 300	2 800
<i>MEN-CT</i>	Groupe 1	22 300	8 500	3 900
	Groupe 2	21 000	8 000	3 700
	Groupe 3	19 000	7 500	3 300
	Groupe 4	17 000	6 500	3 000

(1) Plafond réglementaire fixé par l'arrêté du 26 novembre 2015

(2) Minimum ministériel fixé par la circulaire du 13 janvier 2016

Les groupes 1 et 2 de la cartographie du RIFSEEP comprennent les emplois classés en groupe I et II par le décret du 27 novembre 1991 et l'arrêté du 3 septembre 2012. Le groupe 3 comprend les emplois de médecins scolaires conseillers techniques (MEN-CT) départementaux non classés dans le groupe 2. Le groupe 4 comprend les emplois de CT adjoints et CT chargés de mission académiques. La circulaire du 13 janvier 2016 a fixé des montants minima d'IFSE supérieurs aux montants réglementaires fixés par l'arrêté du 11 novembre 2015 qui était de 2 500 euros pour les médecins de 2^{ème} classe, de 2 900 pour les médecins de 1^{ère} classe et de 3 000 pour les conseillers techniques.

Si l'on s'en tient aux montants maximums susceptibles d'être versés aux bénéficiaires, le régime des MISP et des MT apparaît plus favorable⁵⁶.

Tableau n° 34 : plafonds annuels afférents aux groupes de fonctions des médecins inspecteurs de santé publique (en euros)

<i>Groupes de fonctions</i>	Plafond IFSE⁵⁷	Plafond CIA
<i>Groupe 1</i>	43 180	7 620
<i>Groupe 2</i>	38 250	6 750
<i>Groupe 3</i>	29 495	5 205

Tableau n° 35 : montants minimaux annuels de l'indemnité de fonctions, de sujétions et d'expertise des médecins inspecteurs de santé publique (en euros)

<i>Grades et emplois</i>	Montant minimum d'IFSE⁵⁸
<i>Médecin général de santé publique</i>	4 100
<i>Médecin en chef de santé publique</i>	4 100
<i>Médecin de santé publique</i>	4 000

Rémunération mensuelle moyenne des médecins de l'éducation nationale en 2018 par grade (programmes 214 et 230) ⁵⁹

Selon les chiffres communiqués par le Ministère de l'éducation nationale, la rémunération mensuelle par ETP de médecin de l'éducation nationale, tous grades confondus, était de 4 117 € nets en moyenne en incluant la rémunération des contractuels et de 4 353 € nets en moyenne pour les seuls personnels titulaires. Cette rémunération comprend le traitement indiciaire et les différentes primes et indemnités (essentiellement l'indemnité de fonction, de sujétions et d'expertise et le complément indemnitaire annuel⁶⁰) perçues par les bénéficiaires).

⁵⁶ Le corps des MISP a adhéré au RIFSEEP à compter du 1^{er} juillet 2017 (arrêté du 13 juillet 2018). Depuis cette date, les collectivités territoriales ont la possibilité d'appliquer, par équivalence, aux MT le RIFSEEP des MISP (corps équivalent du cadre d'emploi des MT : décret 91-875 du 6 septembre 1991).

⁵⁷ Arrêté du 13 juillet 2018 portant application au corps des médecins inspecteurs de santé publique des dispositions du décret n° 2014-513 du 20 mai 2014 portant création d'un régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel dans la fonction publique de l'État.

⁵⁸ Idem.

⁵⁹ Cette moyenne pondérée par ETP tous grades confondus comprend le traitement indiciaire et les différentes primes et indemnités, mais exclut les prestations familiales.

⁶⁰ Les deux primes incluses dans le RIFSEEP (cf. *infra*).

Tableau n° 36 : la rémunération moyenne des médecins de l'éducation nationale en 2018

	Salaire brut			Salaire net	Effectifs (ETPT moyen annuel 2018)
	Traitement indiciaire	Primes et indemnités	Total salaire brut		
<i>Médecin 2^{ème} classe</i>	3 548	1 006	4 554	3 901	390
<i>Médecin 1^{ère} classe</i>	4 236	1 013	5 249	4 457	404
<i>Médecin hors classe</i>	5 314	1 181	6 495	5 503	64
<i>Moyenne pondérée médecin</i>	4 003	1 022	5 025	4 282	858
<i>Médecin-CT Groupe III</i>	4 188	1 060	5 249	4 489	49
<i>Médecin-CT Groupe II</i>	5 021	1 286	6 307	5 403	41
<i>Médecin-CT Groupe I</i>	4 832	1 449	6 282	5 383	11
<i>Moyenne pondérée médecin CT</i>	4 595	1 194	5 789	4 956	101
<i>Contractuels</i>	4 203	403	4 606	2 959	196
<i>Moyenne pondérée (titulaires)</i>	4 066	1 040	5 106	4 353	959

Source : Cour des comptes d'après données du MENJ

Une rémunération moyenne comparable à celle constatée dans certaines villes délégataires

Le coût annuel chargé moyen par ETP de médecin de l'éducation nationale (y/c CAS pension et hors prestations familiales) constaté en 2018 était de **91 265 €** selon les chiffres communiqués par la DAF. Ce montant est supérieur à celui constaté dans certaines villes délégataires du service de santé scolaire.

Tableau n° 37 : rémunération moyenne des médecins dans les villes délégataires

Villes	Salaire annuel moyen brut chargé
<i>Strasbourg</i>	72 252
<i>Grenoble</i>	75 298
Moyenne MEN	91 265
<i>Antibes</i>	92 450
<i>Nantes</i>	93 600
<i>Paris</i>	97 419

Source : réponses des villes délégataires au questionnaire de la Cour. Toutes n'ont pas communiqué un coût chargé

Annexe n° 21 : organisation des services et évaluation des personnels

Organisation du service des assistants de service social

Les assistants de service social (ASS), affectés dans les départements, sont pilotés par des conseillers techniques de service social au niveau des bassins, de la DSDEN, du rectorat et au niveau national. Ils travaillent essentiellement pour le second degré public, ce qui ne permet pas d'assurer aux élèves un suivi social précoce et continu sur leur parcours scolaire.

Les ASS de l'éducation nationale font partie du corps interministériel relevant du ministre chargé des affaires sociales des assistants de service social des administrations de l'État créé en 2012⁶¹, de catégorie A depuis le 1^{er} février 2019⁶². Ils relevaient auparavant de la catégorie B. La circulaire n° 2017-055 du 22 mars 2017 décrit l'organisation et les missions du service social en faveur des élèves. La politique d'action sociale relève de la responsabilité du DGESCO, des recteurs d'académie et des IA-Dasen. L'organisation du service social prend appui sur les conseillers techniques de service social (CTSS), qui font partie du corps interministériel des conseillers techniques de service social des administrations de l'État de catégorie A⁶³, exerçant leurs missions aux différents niveaux du système éducatif : national, académique, départemental, bassin de formation ou d'éducation. Les ASS sont placés sous l'autorité hiérarchique de l'IA-Dasen, assisté du CTSS départemental.

Les missions des ASS visent à contribuer à la prévention de l'échec scolaire, de l'absentéisme et du décrochage, à la protection de l'enfance et des mineurs en danger, à l'amélioration du climat scolaire en participant à la prévention des violences et du harcèlement sous toutes leurs formes, en soutenant les élèves (victimes comme auteurs), à l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap ou à besoins particuliers, participer à l'orientation et au suivi des élèves devant bénéficier d'une orientation spécifique, soutenir et accompagner les parents dans leur fonction éducative, mettre en place des actions de soutien à la parentalité dans le cadre de la scolarité et concourir au renforcement de la coopération entre l'école et les parents, et participer à la formation initiale et continue des travailleurs sociaux, en lien avec les établissements de formation.

L'article L. 541-1 du code de l'éducation précise en outre que le suivi sanitaire des élèves après les bilans de santé obligatoires est exercé avec le concours d'un ASS uniquement dans le second degré.

Le travail des ASS s'inscrit dans le cadre d'un accompagnement social individualisé (en tant que de besoin, ils peuvent se rendre au domicile des élèves), d'un conseil social et une intervention sociale auprès des chefs d'établissements et des équipes enseignantes et éducatives des EPLE (ils participent notamment aux instances comme les cellules de veille, commissions éducatives, groupes de prévention du décrochage scolaire et concourent à l'activation des aides financières) ou de REP+, de la conduite de projets d'actions collectives dans le cadre des CESC

⁶¹ Décret n° 2012-1098 du 28 septembre 2012 portant statut particulier du corps interministériel des assistants de service social des administrations de l'État.

⁶² Décret n° 2017-1051 du 10 mai 2017 portant statut particulier du corps interministériel des assistants de service social des administrations de l'État entré en vigueur le 1^{er} février 2019.

⁶³ Décret n° 2017-1052 du 10 mai 2017 entré en vigueur le 1^{er} février 2019, portant statut particulier du corps interministériel des conseillers techniques de service social des administrations de l'État créé en 2012 par le décret n° 2012-1099 du 28 septembre 2012.

(ils participent en outre, avec les personnels de santé, à la mise en place de cellules d'écoute en cas d'événements traumatiques), de la mobilisation du réseau partenarial (liaisons avec les services de l'État, des collectivités territoriales, les associations du champ social, éducatif ou scolaire) et de la formation d'étudiants en service social.

Le CTSS départemental élabore et met en œuvre dans le département la politique d'action sociale en faveur des élèves en concertation avec le CTSS auprès du recteur d'académie. Il est le conseiller technique de l'IA-Dasen dans le domaine de l'action sociale et le représente auprès des différents partenaires. Il doit évaluer le travail des ASS et CTSS de bassin au cours d'un entretien individuel annuel⁶⁴ et rendre compte de l'activité du service à l'IA-Dasen, notamment par la rédaction d'un rapport annuel d'activité devant être transmis au recteur d'académie et au CTSS rectoral.

Le CTSS rectoral a pour mission le conseil, l'expertise et la mise en œuvre de la politique académique d'action sociale et pilote le dispositif académique de formation continue des ASS. Il doit présenter, en fin d'année scolaire, le rapport d'activité du service social en faveur des élèves en prenant appui sur les rapports départementaux et rendre compte des activités conduites et des statistiques académiques à la DGESCO.

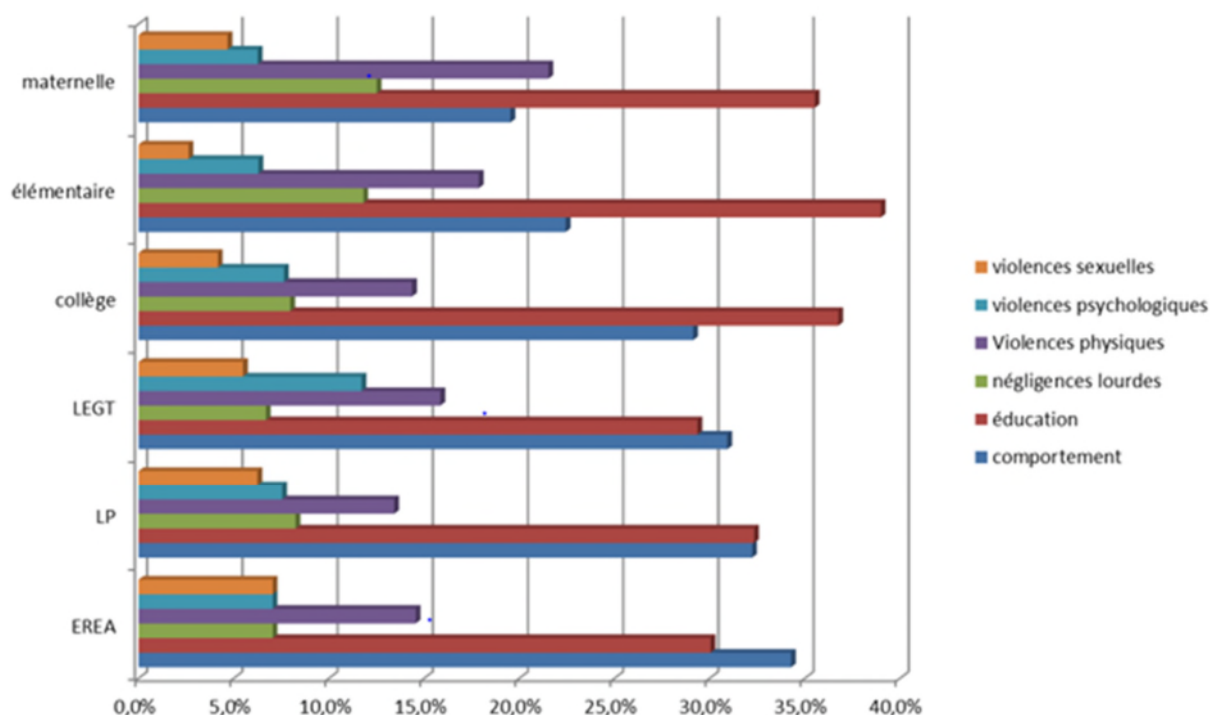
Protection de l'enfance :

Les personnels de l'éducation nationale ont une obligation de transmission des informations pouvant laisser craindre une difficulté ou une situation de danger d'un enfant. Une « information préoccupante » (IP) doit être transmise au conseil départemental en cas de repérage d'une situation de difficulté, celui-ci étant chargé ensuite d'évaluer et de la traiter dans le cadre du service d'aide sociale à l'enfance. En cas de danger grave et immédiat, un « signalement » doit être adressé directement au procureur, une copie étant également envoyée au conseil départemental. Les ASS peuvent être alertés par des enseignants ou des personnels d'éducation ou par le conseil départemental⁶⁵. Ils suivent le traitement des dossiers et peuvent participer à leur évaluation.

Le dernier bilan disponible sur cette question au ministère comptabilise les motifs des IP transmises en 2015-2016 mais n'étudie pas la répartition du nombre d'IP selon les niveaux.

⁶⁴ Décret n° 2010-888 du 28 juillet 2010 relatif aux conditions générales de l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires de l'État ; circulaire DGRH n° 2013-080 du 26-4-2013.

⁶⁵ Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. Article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles : « *Le président du conseil départemental est chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation, à tout moment et quelle qu'en soit l'origine, des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être. Le représentant de l'État et l'autorité judiciaire lui apportent leur concours. Des protocoles sont établis à cette fin entre le président du conseil départemental, le représentant de l'État dans le département, les partenaires institutionnels concernés et l'autorité judiciaire en vue de centraliser le recueil des informations préoccupantes au sein d'une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation de ces informations.* ». Article L. 226-4 « *Toute personne travaillant au sein des organismes mentionnés à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 226-3 qui avise directement, du fait de la gravité de la situation, le procureur de la République de la situation d'un mineur en danger adresse une copie de cette transmission au président du conseil départemental* ».

Graphique n° 7 : motifs des informations préoccupantes par niveau en 2015-2016

Source : MENJ – DGESCO. Exemple de lecture : Les problèmes comportementaux sont à l'origine de près de 30% des motifs d'IP au collège en 2015-2016.

Organisation du travail des médecins scolaires

Au niveau national, à la DGESCO, comme dans chaque rectorat et DSDEN, un médecin conseiller technique participe au pilotage de l'activité des médecins scolaires.

Les médecins conseillers techniques départementaux animent et pilotent le réseau des médecins scolaires, les évaluent et les réunissent de façon régulière.

Organisation du travail des infirmiers

Les infirmiers de l'éducation nationale, appartenant à un corps revalorisé en 2012⁶⁶, passant alors de la catégorie B à la catégorie A, sont affectés dans les EPLE ou en postes inter-dégrés sous l'autorité des chefs d'établissement qui les évaluent. La chaîne fonctionnelle constituée des conseillers techniques infirmiers de la DGESCO, des rectorats et des DSDEN est distincte de la chaîne hiérarchique.

La circulaire n° 2015-119 du 10 novembre 2015 détaille les missions des personnels infirmiers de l'Éducation nationale (cf. I. I. B) et précise qu'ils doivent être affectés dans un EPLE ou sur un poste inter-dégrés (un collège et ses écoles de secteur), prioritairement dans les établissements possédant un internat, une section d'enseignement professionnel ou technologique, une SEGPA, une ULIS, dans les écoles et EPLE de chaque réseau d'éducation

⁶⁶ Décret n° 2012-762 du 9 mai 2012 portant dispositions statutaires communes aux corps d'infirmiers de catégorie A des administrations de l'État.

prioritaire, en particulier les REP+ et certaines zones rurales afin de faciliter l'accès aux soins, si nécessaire, pour les élèves et les faire bénéficier d'un suivi.

Les infirmiers, y compris sur les postes inter-degrés, sont affectés sous la responsabilité d'un chef d'établissement qui doit les évaluer à l'aide d'un entretien professionnel annuel⁶⁷.

Organisation du travail des PsyEN

Le corps des PsyEN a été créé en 2017⁶⁸. Les membres de ce nouveau corps sont recrutés soit dans la spécialité « éducation, développement et apprentissages » (EDA), pour le premier degré, soit dans la spécialité « éducation, développement et conseil en orientation scolaire et professionnelle » (EDO) pour le second degré.

On constate que la création du corps des PsyEN n'a pas entraîné une uniformisation des indemnités annuelles des deux spécialités (2 044,19 € dans le 1^{er} degré, 767,10 € dans le 2nd degré) ainsi que du temps de travail des PsyEN (cf. II. I. E), sans que cela ne soit justifié par le ministère.

Les PsyEN du 1^{er} degré exercent dans les écoles maternelles et élémentaires. Les PsyEN du 2nd degré exercent dans les centres d'information et d'orientation (CIO) où ils sont affectés ainsi que dans les établissements relevant du secteur du centre d'information et d'orientation. Du fait de cet éclatement de leurs lieux de travail, les PsyEN jouissent, comme les autres personnels étudiés dans le cadre de cette enquête, d'une grande autonomie dans l'organisation de leur travail.

L'arrêté du 26 avril 2017 définit un référentiel de connaissances et de compétences des PsyEN, comme c'est le cas pour les enseignants et les CPE. Il comprend des compétences et des connaissances communes aux deux spécialités et distingue les compétences spécifiques à l'exercice de chaque spécialité. L'évaluation des PsyEN⁶⁹ est réalisée à l'aide de trois rendez-vous de carrière aux 6^e, 8^e et 9^e échelon de la classe normale⁷⁰.

⁶⁷ Décret n° 2010-888 du 28 juillet 2010 relatif aux conditions générales de l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires de l'État ; circulaire DGRH n° 2013-080 du 26-4-2013.

⁶⁸ Avant 2017, des professeurs des écoles titulaires du diplôme d'État de psychologie scolaire ou de diplômes permettant de faire usage du titre de psychologue exerçaient les fonctions de psychologue scolaire dans le premier degré et des conseillers d'orientation-psychologues exerçaient dans le second degré. Le décret n° 2017-120 du 1^{er} février 2017 portant dispositions statutaires relatives aux psychologues de l'éducation nationale a unifié ces deux statuts en créant le corps de catégorie A des psychologues de l'éducation nationale (PsyEN).

⁶⁹ Décret n° 2017-120 du 1^{er} février 2017 portant dispositions statutaires relatives aux psychologues de l'éducation nationale.

⁷⁰ Le décret n° 2017-120 du 1^{er} février 2017 précise que les dispositions du décret n° 2010-888 du 28 juillet 2010 relatif aux conditions générales de l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires de l'État ne sont pas applicables aux psychologues de l'éducation nationale.

Les missions des PsyEN sont décrites par la circulaire n° 2017-079 du 28 avril 2017⁷¹.

Les PsyEN du premier degré exercent leurs fonctions dans le premier degré public, sous l'autorité de l'IA-Dasen, et sous la responsabilité de l'inspecteur de l'éducation nationale (IEN) de leur circonscription d'affectation. Membres des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased) avec les enseignants spécialisés chargés de l'aide à dominante pédagogique et les enseignants spécialisés chargés de l'aide à dominante rééducative, ils participent à l'analyse des difficultés et au suivi des élèves en lien avec les familles et les enseignants. Les modalités de travail des PsyEN évoluent et sont de plus en plus souvent orientées vers la classe, permettant une observation de l'élève en situation de travail au milieu des autres élèves et une meilleure collaboration avec l'enseignant. Le psychologue scolaire peut conseiller à la famille la consultation d'un service ou d'un spécialiste extérieur à l'école et contribuer, avec l'accord de celle-ci, à la recherche d'une réponse adaptée.

Les PsyEN du 1^{er} degré participent à l'élaboration et à la mise en œuvre des PAP et des PPS. Ils réalisent des bilans psychologiques nécessaires à l'orientation de certains élèves vers une ULIS ou en section d'enseignement général adapté (SEGPA) lors de leur passage en 6^e. Compte tenu de l'augmentation du nombre d'élèves bénéficiant d'un PAP ou d'un PPS, les PsyEN auditionnés ont insisté sur l'accroissement de leur charge de travail dans ce domaine⁷², ne leur permettant plus de consacrer du temps aux situations de mal-être des élèves à l'école, ou de participer à un travail collectif pour un climat scolaire serein.

Les PsyEN du 1^{er} degré sont membres des équipes pédagogiques des écoles de leur secteur, parfois un groupement d'écoles défini par l'IEN, parfois tout le territoire de la circonscription. Ils sont affectés administrativement dans l'une des écoles de leur périmètre d'intervention pour permettre la prise en charge des frais de fonctionnement et de déplacement liés à l'exercice de leur mission. Les modalités de fonctionnement du Rased sont arrêtées par l'IEN en concertation avec les personnels spécialisés et le conseil des maîtres des écoles concernées. Les Rased constituent l'une des composantes des pôles ressource de circonscription. L'enseignement privé sous contrat du premier degré n'est pas couvert par les PsyEN, mais il arrive que des bilans soient réalisés par eux à la demande dans le cadre d'un diagnostic pour la prise en charge d'élèves à besoins particuliers.

Les PsyEN du 2nd degré exercent leurs fonctions dans les centres d'information et d'orientation (CIO) où ils sont affectés et dans les EPLE relevant du secteur du CIO. Ils doivent contribuer au développement psychologique et à la socialisation des adolescents, à la réussite et à l'investissement scolaires des élèves et participer à l'élaboration progressive des projets d'orientation et de formation de ces derniers. Ils interviennent dans la lutte contre toutes les formes de ruptures scolaires et participent à l'information et au premier accueil, en particulier dans les CIO, de toute personne en recherche de solutions pour son orientation. Les

⁷¹ Ils doivent contribuer à la réussite scolaire de tous les élèves, à la lutte contre les effets des inégalités sociales et à l'accès des jeunes à une qualification en vue de leur insertion professionnelle. Ils doivent apporter un appui spécifique aux élèves ainsi qu'à leurs familles. Ils peuvent réaliser des entretiens ou des bilans psychologiques appropriés pour éclairer leur situation, élaborer et construire des modalités de suivi psychologique adaptées et contribuer à la conception de réponses pédagogiques en lien avec les enseignants. Ils doivent également contribuer à favoriser une approche bienveillante de l'école, à développer l'autonomie et la socialisation des élèves, ainsi qu'un environnement favorable au bien-être en milieu scolaire. Ils doivent en outre participer au soutien des élèves et des équipes pédagogiques et éducatives en situation de crise, particulièrement en cas d'impact sur la communauté scolaire comme par exemple lors du décès d'un de ses membres.

⁷² Confirmée par la lecture des bilans d'activité communiqués

établissements de l'enseignement privé sous contrat ne sont pas couverts par les PsyEN mais leurs élèves sont accueillis en tant que de besoin dans les CIO.

Dans les EPLE, ils doivent conseiller le chef d'établissement sur le volet orientation du projet d'établissement qui définit notamment leurs interventions auprès des élèves en lien avec les enseignants et les professeurs principaux. Les échanges avec les différents professionnels sociaux et de santé sont réguliers du fait de leur participation commune aux réunions de suivi des élèves (cellules de veille, commissions éducatives, groupes de prévention du décrochage scolaire). Les PsyEN peuvent en outre participer aux conseils de classe avec les enseignants.

Les PsyEN du 2nd degré sont évalués par le directeur du CIO où ils sont affectés et par l'IEN-IO.

Le pilotage académique des PsyEN et de la politique d'orientation est réalisé et au rectorat par le chef du service académique de l'information et de l'orientation (CSAIO). Cette chaîne hiérarchique est sans lien institutionnel avec les IEN et IEN-A, pilotant les PsyEN du 1^{er} degré.

Annexe n° 22 : les frais de déplacement des personnels

Tableau n° 38 : prévisions et consommations des crédits budgétaires dédiés aux frais de déplacement

		Action 2 Programme 230	Action 4 Programme 230	Action 8 Programme 141
		Médecins et infirmiers	Assistants service social	Psychologues 2nd degré
2018	LFI	2,4	1,4	1,5
	Consommés	2,1	1,7	1,8
2017	LFI	2,4	1,4	1,1
	Consommés	2,1	1,6	1,7
2016	LFI	2,4	1,4	1,1
	Consommés	2,2	1,5	1,5
2015	LFI	2,4	1,4	1,1
	Consommés	2,1	1,4	1,3
2014	LFI	2,4	1,5	1,1
	Consommés	2,5	1,5	1,3
2013	LFI	2,5	1,6	1,1
	Consommés	2,3	1,4	1,2

Source : RAP des programmes 230 et 141

Le ministère n'a pas été en mesure de communiquer les frais de déplacement des psychologues du 1^{er} degré

Annexe n° 23 : évolution des CMS depuis 2013

Le nombre de CMS a baissé depuis 2013 (974 en 2013-2014 et 850 en 2018-2019, soit - 13 %). L'évolution du nombre de CMS dans les différents départements est toutefois variable, certains d'entre eux comme la Guyane ou les Hauts-de-Seine ayant vu le nombre de CMS augmenter depuis 2013, à l'inverse d'autres plus nombreux comme la Dordogne ou la Creuse dont le nombre de CMS a baissé. 58 départements n'ont cependant pas connu d'évolution. Dans plusieurs départements, comme la Lozère ou Paris, il n'y a pas de CMS. Il n'y a pas de corrélation marquée entre la fermeture des CMS et la baisse des effectifs de médecins ou d'élèves. Ces décisions sont le fruit de politiques rectorales ou départementales diverses, sans cadrage national. La DGESCO ne suit pas l'évolution des CMS et n'a pas été en mesure de communiquer à la Cour le nombre de CMS en 2013-2014.

L'investissement des communes pour les locaux et l'achat de matériel est très inégal. Des communautés de communes ou de petites communes peuvent refuser la charge financière de CMS. Certains CMS ne sont pas accessibles aux porteurs de handicap, ce qui est un comble, d'autres sont mal entretenus, voire insalubres (humidité, moisissures), en particulier en zone rurale, ce qui ne favorise pas le recrutement de médecins. Il arrive qu'il n'y ait pas d'imprimante/scanner, pas d'accès internet ou que le matériel informatique soit obsolète, alors que la mise en place du nouveau logiciel médical ESCULAPE nécessite un matériel performant.

Les secrétaires médico-scolaires, qui dépendent des DSDEN, n'ont pas de statut spécifique de secrétariat ou d'assistant médical. Le nombre de secrétaires de CMS a baissé de 6 % depuis 2013. Là encore, les situations sont diverses : les effectifs ont diminué dans 40 départements et se sont maintenus dans un tiers des départements. Certains CMS n'ont pas de secrétariat. À l'inverse, en raison de la pénurie de médecins scolaires, certains CMS, en zone rurale en particulier, n'accueillent que des secrétaires. Certains DASEN envisagent de regrouper et réorganiser les secrétariats de CMS en dématérialisant certaines tâches afin d'augmenter leur efficacité. Certains regroupements ont toutefois été réalisés sans que l'organisation du travail ait été modifiée ou informatisée.

Plusieurs départements emploient une majorité de secrétaires de CMS contractuels, qui peuvent changer chaque année, ce qui contraint les médecins scolaires à consacrer du temps à leur formation. Le temps de travail des secrétaires contractuels peut en outre être de 35 h par semaine lorsque leurs contrats n'incluent pas les vacances scolaires, inférieur à celui des secrétaires titulaires⁷³, et les médecins doivent compléter leur travail.

⁷³ Qui est de 41 h 45 par semaine du fait de la répartition de leur travail essentiellement hors vacances scolaires.

Tableau n° 39 : évolution du nombre de CMS et de secrétaires par département

<i>Académie/Département</i>	Nombre de CMS			Secrétaires en ETP		
	2013-2014	2018-2019	Variation	2013-2014	2018-2019	Variation
Aix-Marseille	50	33	-34%	54,9	36,2	-34%
<i>Alpes-de-Haute-Provence</i>	3	3	0%	2,3	1,3	-43%
<i>Bouches-du-Rhône</i>	25	19	-24%	41,0	26,8	-35%
<i>Hautes-Alpes</i>	3	3	0%	3,1	2,6	-16%
<i>Vaucluse</i>	19	8	-58%	8,5	5,5	-35%
Amiens	29	30	3%	27,5	26,8	-3%
<i>Aisne</i>	11	12	9%	9,8	10,2	4%
<i>Oise</i>	11	11	0%	8,3	8,3	0%
<i>Somme</i>	7	7	0%	9,4	8,3	-12%
Besançon	15	15	0%	8,8	8,4	-5%
<i>Doubs</i>	3	3	0%	3,0	3,0	0%
<i>Haute-Saône</i>	5	5	0%	0,8	0,9	13%
<i>Jura</i>	4	4	0%	2,5	2,2	-12%
<i>Territoire de Belfort</i>	3	3	0%	2,5	2,3	-8%
Bordeaux	46	38	-17%	31,6	30,0	-5%
<i>Dordogne</i>	4	1	-75%	1,8	1,0	-44%
<i>Gironde</i>	22	21	-5%	14,0	14,0	0%
<i>Landes</i>	5	4	-20%	4,0	4,0	0%
<i>Lot-et-Garonne</i>	6	6	0%	4,0	4,0	0%
<i>Pyrénées-Atlantiques</i>	9	6	-33%	7,8	7,0	-10%
Caen	25	23	-8%	14,5	15,0	3%
<i>Calvados</i>	10	9	-10%	6,0	6,0	0%
<i>Manche</i>	9	8	-11%	6,0	6,0	0%
<i>Orne</i>	6	6	0%	2,5	3,0	20%
Clermont-Ferrand	19	17	-11%	15,0	14,9	-1%
<i>Allier</i>	6	4	-33%	4,0	4,0	0%
<i>Cantal</i>	3	3	0%	3,0	3,0	0%
<i>Haute-Loire</i>	3	3	0%	1,5	2,5	67%
<i>Puy-de-Dôme</i>	7	7	0%	6,5	5,4	-17%
Corse	6	3	-50%	5,2	2,7	-48%
<i>Corse-du-Sud</i>	3	2	-33%	3,0	1,7	-43%
<i>Haute-Corse</i>	3	1	-67%	2,2	1,0	-55%
Créteil	95	84	-12%	85,0	77,5	-9%
<i>Seine-et-Marne</i>	24	24	0%	28,0	19,0	-32%
<i>Seine-Saint-Denis</i>	38	31	-18%	37,5	37,0	-1%

<i>Académie/Département</i>	Nombre de CMS			Secrétaires en ETP		
	2013-2014	2018-2019	Variation	2013-2014	2018-2019	Variation
<i>Val-de-Marne</i>	33	29	-12%	19,5	21,5	10%
Dijon	23	22	-4%	20,6	19,7	-4%
<i>Côte-d'Or</i>	7	7	0%	7,6	7,7	1%
<i>Nièvre</i>	2	2	0%	2,5	2,5	0%
<i>Saône-et-Loire</i>	9	8	-11%	6,7	5,7	-15%
<i>Yonne</i>	5	5	0%	3,8	3,8	0%
Grenoble	36	33	-8%	30,1	28,5	-5%
<i>Ardèche</i>	6	5	-17%	3,5	2,8	-20%
<i>Drôme</i>	9	8	-11%	5,0	5,0	0%
<i>Haute-Savoie</i>	5	5	0%	6,2	6,2	0%
<i>Isère</i>	10	9	-10%	9,0	9,0	0%
<i>Savoie</i>	6	6	0%	6,4	5,5	-14%
Guadeloupe	5	6	20%	5,0	6,0	20%
<i>Guyane</i>	1	4	300%	0,0	3,0	
La Réunion	31	32	3%	26,1	26,0	0%
Lille	144	106	-26%	78,1	74,8	-4%
<i>Nord</i>	123	85	-31%	47,1	47,5	1%
<i>Pas-de-Calais</i>	21	21	0%	31,0	27,3	-12%
Limoges	8	5	-38%	6,5	4,5	-32%
<i>Corrèze</i>	3	2	-33%	2,0	2,0	0%
<i>Creuse</i>	3	1	-67%	0,5	0,5	-10%
<i>Haute-Vienne</i>	2	2	0%	4,0	2,0	-50%
Lyon	87	63	-28%	21,7	22,1	2%
<i>Ain</i>	37	37	0%	1,0	2,5	150%
<i>Loire</i>	6	6	0%	5,8	5,8	0%
<i>Rhône</i>	44	20	-55%	14,9	13,8	-7%
Montpellier	31	30	-3%	24,7	22,9	-7%
<i>Aude</i>	4	4	0%	4,3	3,7	-14%
<i>Gard</i>	9	8	-11%	7,8	7,2	-8%
<i>Hérault</i>	9	9	0%	9,0	8,6	-4%
<i>Lozère</i>	0	0		0,0	0,0	
<i>Pyrénées-Orientales</i>	9	9	0%	3,6	3,4	-6%
Nancy-Metz	33	21	-36%	30,2	20,3	-33%
<i>Meurthe-et-Moselle</i>	8	4	-50%	7,4	4,0	-46%
<i>Meuse</i>	4	4	0%	3,9	4,0	3%
<i>Moselle</i>	13	10	-23%	12,7	9,3	-27%

<i>Académie/Département</i>	Nombre de CMS			Secrétaires en ETP		
	2013-2014	2018-2019	Variation	2013-2014	2018-2019	Variation
<i>Vosges</i>	8	3	-63%	6,2	3,0	-52%
Nantes	42	42	0%	43,1	41,7	-3%
<i>Loire-Atlantique</i>	11	11	0%	12,5	11,0	-12%
<i>Maine-et-Loire</i>	6	6	0%	9,7	9,4	-3%
<i>Mayenne</i>	6	6	0%	4,4	4,8	9%
<i>Sarthe</i>	10	10	0%	9,5	9,5	1%
<i>Vendée</i>	9	9	0%	7,0	7,0	0%
Nice	30	30	0%	15,1	16,1	7%
<i>Alpes-Maritimes</i>	15	15	0%	7,6	8,6	13%
<i>Var</i>	15	15	0%	7,5	7,5	0%
Orléans-Tours	24	23	-4%	21,0	18,7	-11%
<i>Cher</i>	3	3	0%	3,9	3,8	-3%
<i>Eure-et-Loir</i>	3	3	0%	2,8	2,8	0%
<i>Indre</i>	1	1	0%	1,0	0,8	-20%
<i>Indre-et-Loire</i>	7	7	0%	6,0	4,8	-20%
<i>Loiret</i>	7	6	-14%	4,8	4,0	-17%
<i>Loir-et-Cher</i>	3	3	0%	2,5	2,5	0%
Paris	0	0		0,0	0,0	
Poitiers	25	20	-20%	13,8	13,3	-4%
<i>Charente</i>	6	6	0%	3,0	2,5	-17%
<i>Charente-Maritime</i>	5	5	0%	4,0	4,0	0%
<i>Deux-Sèvres</i>	6	5	-17%	3,8	3,8	0%
<i>Vienne</i>	8	4	-50%	3,0	3,0	0%
Reims	13	13	0%	7,0	8,0	14%
<i>Ardennes</i>	4	4	0%	2,0	2,5	25%
<i>Aube</i>	2	2	0%	1,0	2,0	100%
<i>Haute-Marne</i>	4	4	0%	3,0	3,0	0%
<i>Marne</i>	3	3	0%	1,0	0,5	-50%
Rennes	39	38	-3%	29,8	31,7	6%
<i>Côtes-d'Armor</i>	10	9	-10%	8,0	8,0	0%
<i>Finistère</i>	10	10	0%	7,0	7,3	4%
<i>Ille-et-Vilaine</i>	11	11	0%	10,1	11,6	15%
<i>Morbihan</i>	8	8	0%	4,7	4,8	2%
Rouen	18	16	-11%	11,7	11,7	0%
<i>Eure</i>	14	12	-14%	7,7	7,7	0%
<i>Seine-Maritime</i>	4	4	0%	4,0	4,0	0%

<i>Académie/Département</i>	Nombre de CMS			Secrétaires en ETP		
	2013-2014	2018-2019	Variation	2013-2014	2018-2019	Variation
<i>Strasbourg</i>	15	17	13%	8,8	9,2	5%
<i>Bas-Rhin</i>	8	10	25%	5,5	5,4	-2%
<i>Haut-Rhin</i>	7	7	0%	3,3	3,8	15%
<i>Toulouse</i>	43	41	-5%	32,5	30,7	-6%
<i>Ariège</i>	4	4	0%	2,3	2,3	0%
<i>Aveyron</i>	6	6	0%	3,0	3,0	0%
<i>Gers</i>	4	3	-25%	3,0	3,0	0%
<i>Haute-Garonne</i>	12	11	-8%	11,2	10,1	-10%
<i>Hautes-Pyrénées</i>	5	5	0%	3,9	3,0	-23%
<i>Lot</i>	3	3	0%	2,5	3,7	48%
<i>Tarn</i>	6	6	0%	3,6	2,6	-28%
<i>Tarn-et-Garonne</i>	3	3	0%	3,0	3,0	0%
<i>Versailles</i>	41	45	10%	42,4	48,2	14%
<i>Essonne</i>	12	12	0%	12,1	10,3	-15%
<i>Hauts-de-Seine</i>	4	9	125%	9,0	12,0	33%
<i>Val-d'Oise</i>	15	14	-7%	4,3	8,9	107%
<i>Yvelines</i>	10	10	0%	17,0	17,0	0%
Métropole + 3 DOM	974	850	-13%	710,7	668,6	-6%

Source : Réponses des académies à l'enquête de la Cour

Annexe n° 24 : les systèmes d'information des personnels médico-sociaux

Le MENJ travaille depuis plusieurs années à la mise en place d'applications informatiques spécifiques à chaque métier (médecin, infirmier, assistant social et psychologue) appelées à remplacer des applications - quand elles existent - obsolètes sur le plan technique et inadaptées aux nouvelles missions des personnels⁷⁴. La mise en œuvre de ces projets connaît des retards dus à la saturation de la direction du numérique pour l'éducation (DNE) et aux choix de priorisation qui ont été faits. De plus, la refonte des applications des personnels médicaux, qui utilisent largement les données de la scolarité, nécessitait préalablement la refonte des applications dédiées à la scolarité⁷⁵. À ce jour, seule l'application des médecins ESCULAPE est réalisée et son déploiement en cours⁷⁶. L'interface avec le DMP⁷⁷, si elle étudiée avec le Ministère de la santé, ne sera disponible que dans une version ultérieure du logiciel. Le développement de deux autres applications (LIEN pour les infirmières et ACCI-O pour les psychologues du second degré) devait débiter à l'automne 2019 pour une première version à l'été 2020. L'application des assistants de service social AMETISSE sera la dernière à être développée.

Selon la DGESCO qui assure la maîtrise d'ouvrage, chaque application numérique permettra notamment :

- un suivi individuel de l'élève via un dossier médico-social dématérialisé ;
- un travail de collaboration inter-catégorielle entre les différents professionnels concernés dans le respect des règles de déontologie et de confidentialité de chacun et en respectant les missions de chacun ;
- un recueil des données de santé et un volet social de l'élève (épidémiologie et observation sociale) au niveau local, départemental, académique et national.

Toutes ces applications métiers constitueront à terme des modules d'une plateforme numérique collaborative baptisée DIAPASON qui devrait être développée parallèlement à LIEN et ACCI-O, mais cet objectif est loin d'être atteint. L'application ESCULAPE a été conçue en premier sans coordination avec les autres projets. La nécessité de concevoir un socle commun ouvert à tous les personnels médico-sociaux, avec des accès réservés selon leur profil et des données partagées, n'est apparue qu'ultérieurement. Selon la DNE, « *le besoin d'un portail de fédération de services et de données n'est apparu qu'avec l'émergence des autres besoins.* » Cette approche des besoins métiers en silo paraît curieuse si l'on souhaite disposer d'un dossier médical numérique permettant le suivi de l'élève tout au long de sa scolarité avec à terme une connexion avec les outils de la PMI pour la visite des 3/4 ans. Le déploiement de DIAPASON devrait être achevé fin 2022.

⁷⁴ La Cour alertait déjà dans son rapport de 2011 sur la nécessité de faire évoluer le logiciel SAGESSE instauré en 2001 (arrêté du 4 mai 2001 portant création d'un traitement automatisé d'informations nominatives relatif à la gestion des passages des élèves à l'infirmerie des EPLE). Il est devenu aujourd'hui incompatible avec windows 10. Il est dans certaines académies délaissé au profit du logiciel ISIS développé par la DSI de Bordeaux. L'académie de Toulouse a développé son propre outil de collecte de données « INFISCOL » avec l'aide de l'ARS Occitanie.

⁷⁵ BE1D transformé en ONDE et SCONET transformé en SIECLE.

⁷⁶ Le déploiement a été opéré par vagues dès 2016 avec plusieurs académies pilotes. Il devrait s'achever en 2021 selon la DNE.

⁷⁷ Le Dossier Médical Partagé (DMP) est un carnet de santé numérique qui réunit toutes les informations médicales du patient.

À peine déployé, le logiciel ESCULAPE est déjà décrié. Selon certains médecins, il ne rendrait pas fidèlement compte de leur activité (participations aux réunions, rencontres des parents, examens à la demande, tâches administratives, etc.). De plus, il serait chronophage et présenterait des lacunes (impossibilité de consigner des notes médicales ou de corriger des données saisies, extractions de données partielles, etc.). Les difficultés rencontrées par certains utilisateurs peuvent être en partie liées à une appropriation insuffisante de l'outil. Le principal grief concerne l'absence d'interface avec le logiciel HORUS utilisé par la PMI. Les secrétaires de CMS ont dû scanner les dossiers médicaux papiers pour alimenter ESCULAPE.

Tableau n° 40 : présentation des applications des personnels médico-sociaux

	ESCULAPE	LIEN	AMETISSE	ACCIO-N	DIAPASON
<i>Précédente application</i>	MEDSI	SAGESSE	-	BILACCIO*	-
<i>Utilisateurs</i>	Médecins (1 600 utilisateurs attendus)	Infirmiers (7 500 utilisateurs attendus)	Conseillers de service social (3 800 utilisateurs attendus)	PsyEN EDO, DCIO, CSAIO, équipes éducatives d'EPLE... (3800 utilisateurs attendus)	Tous les personnels médico-sociaux (16 600 utilisateurs attendus)
<i>Description</i>	Dossier médical numérique	Application web permettant de gérer l'ensemble des activités liées aux personnels infirmiers en établissement	Application web permettant de gérer l'ensemble des activités liées aux assistants de service social	Recueil informatisé des données de suivi de l'élève par les PsyEN2nd degré. L'objectif principal est de permettre le reporting d'activités des CIO.	Portail de fédération de services centrés sur l'élève
<i>Objectifs</i>	- Organiser un suivi efficace des difficultés ou des troubles dépistés			- Gérer les personnels des CIO	- Doter l'ensemble des acteurs de modules correspondants à leurs processus métier.
	- Diminuer les coûts et les délais de transmission des dossiers de santé			Permettre le suivi de l'activité des personnels et des CIO	- Partager des données communes dans le respect des règles de confidentialité et de sécurité
	- Sécuriser le stockage des données médicales			Permettre le suivi des élèves à besoins particuliers	- Partager un agenda
	- Faciliter les échanges			Disposer de statistiques sur l'activité des CIO	
	- Permettre l'analyse sur l'état de santé et les besoins de santé				
	- Simplifier et harmoniser la rédaction des rapports d'activité				
<i>Stade du projet</i>	En cours de déploiement	En cours de développement	Expression du besoins	En cours de développement	En cours de développement
<i>Fin du déploiement</i>	2021			2021	2022
<i>Coût prévisionnel du projet</i>	1 M€	En cours d'évaluation	En cours d'évaluation	En cours d'évaluation	2 M€

Source : Cour des comptes d'après données communiquées par la DNE

* BILACCIO (application de l'académie de Nancy largement déployée sur les autres académies) est utilisé dans les CIO pour faire du reporting d'activités.

Annexe n° 25 : les examens médicaux obligatoires pris en charge à 100 %

Arrêté du 26 février 2019 relatif au calendrier des examens médicaux obligatoires de l'enfant

Article 1

Le calendrier des vingt examens médicaux obligatoires mentionnés à l'article R. 2132-1 du code de la santé publique est fixé comme suit :

- 1° Dans les huit jours qui suivent la naissance ;
- 2° Au cours de la deuxième semaine ;
- 3° Avant la fin du premier mois ;
- 4° Au cours du deuxième mois ;
- 5° Au cours du troisième mois ;
- 6° Au cours du quatrième mois ;
- 7° Au cours du cinquième mois ;
- 8° Au cours du sixième mois ;
- 9° Au cours du neuvième mois ;
- 10° Au cours du douzième mois ;
- 11° Au cours du treizième mois ;
- 12° Entre seize et dix-huit mois ;
- 13° Au cours du vingt-quatrième mois ou du vingt-cinquième mois ;
- 14° Au cours de la troisième année ;
- 15° Au cours de la quatrième année ;
- 16° Au cours de la cinquième année ;
- 17° Au cours de la sixième année ;
- 18° Entre 8 et 9 ans ;
- 19° Entre 11 et 13 ans ;
- 20° Entre 15 et 16 ans.

Annexe n° 26 : la collaboration entre les Agences régionales de santé et l'éducation nationale

La convention cadre de partenariat en santé publique entre les ministères chargés de la santé et de l'éducation nationale du 29 novembre 2016 a été déclinée dans la plupart des Agences régionales de santé (ARS), dont certaines disposaient déjà d'une convention avec les services rectoraux antérieurement à cette date. Les conventions, d'une durée de 3 à 5 ans, ont été renégociées ou sont en cours d'actualisation⁷⁸ (cf. tableau 41). L'accompagnement des élèves en situation de handicap a fait l'objet d'une convention spécifique dans certaines régions⁷⁹. Dans l'ouest de la France, l'ARS des Pays de la Loire a signé en octobre 2014 avec l'Union régionale des directions diocésaines (Uradel) un contrat de partenariat qui doit être renouvelé en 2020, tandis que l'ARS Bretagne travaille à un projet de convention cadre de partenariat avec les Directions diocésaines de l'enseignement catholique (DDEC).

Les conventions s'appuient sur les diagnostics territorialisés des besoins de santé des élèves pour définir les actions prioritaires. La mise en œuvre de la convention est généralement assurée par un comité stratégique réuni au moins une fois par an au niveau régional (directeur général d'ARS, directeur de la santé publique de l'ARS, recteurs...) chargé d'examiner le bilan de mise en œuvre des actions et de valider le plan d'action annuel. Un comité de pilotage, réuni en principe au moins deux fois par an au niveau départemental, est chargé de la mise en œuvre opérationnelle des actions. À cela s'ajoutent des groupes de travail ad hoc associant les conseillers techniques du recteur ou du DASEN. Sur un plan plus institutionnel, l'éducation nationale est représentée dans plusieurs commissions créées par la loi HPST du 21 juillet 2009 : la commission « prévention » de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA)⁸⁰, ainsi que dans les commissions de coordination des politiques publiques de santé⁸¹ ; tandis que les représentants de l'ARS siègent dans le CAESC et les CESC départementaux. Ces instances ne sont pas réunies de façon régulière. En Bretagne, les dernières réunions remontent à plus de deux ans. Les services de l'éducation nationale peuvent également être partenaires et associés au pilotage des contrats locaux de santé (CLS), même s'ils ne sont pas toujours cosignataires de ces contrats. La représentation de l'éducation nationale dans les CLS, si elle est souhaitée par les directions régionales des ARS, est très variable d'un territoire à l'autre.

Les relations sont régulières entre les directions des ARS chargées de la prévention et de la veille sanitaire et leurs interlocuteurs principaux à l'éducation nationale sur ces sujets qui sont les conseillers techniques des recteurs (médecins, infirmiers et, selon les dossiers, assistants de service social), les IEN-ASH et les proviseurs vie scolaire. En revanche, la mobilisation des équipes éducatives au-delà des personnels de vie scolaire est aléatoire et la participation des psychologues de l'éducation nationale aux actions de prévention quasi-inexistante. Certaines ARS déplorent une collaboration parfois difficile avec les services de l'éducation nationale, due à un cloisonnement professionnel et un manque de transversalité dans

⁷⁸ Les conventions de Martinique (2012) et Corse (2013) sont en cours de renégociation.

⁷⁹ Auvergne Rhône-Alpes, Centre Val-de-Loire, Ile-de-France et Normandie.

⁸⁰ Décret n° 2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

⁸¹ Commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile et Commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux. Décret n° 2010-346 du 31 mars 2010 relatif aux commissions de coordination des politiques publiques de santé.

l'approche des dossiers. La multiplication des acteurs dans les régions académiques ne facilite pas non plus la coordination. La transmission des données recueillies à l'occasion des bilans de santé par l'éducation nationale est parfois difficile alors que ces données seraient utiles à l'établissement d'un diagnostic partagé des besoins de santé dans les territoires, qui fait parfois défaut⁸². Selon l'ARS Océan indien, il demeure difficile d'avoir une vision régionale et partagée des actions menées dans l'ensemble des établissements du territoire en matière d'éducation à la santé en raison des difficultés du rectorat à collecter les informations relatives aux CESC. Une collaboration plus forte est avec l'éducation nationale est recherchée. Ainsi, l'ARS Ile- de- France entend resserrer le partenariat avec l'éducation nationale autour des programmes sur les compétences psychosociales (CPS) afin de favoriser la formation et l'engagement des enseignants dans la mise en place de programmes, en complémentarité avec le travail de la DGESCO sur une école promotrice de santé. Elle a pour cela créé en avril 2019 un comité stratégique « compétences psychosociales » afin de garantir une cohérence, aussi bien technique que territoriale sur l'ensemble des actions. Cette instance est constituée d'une représentation de l'éducation nationale des trois académies au travers des équipes santé des rectorats (conseillers techniques médecin, infirmière et assistantes sociales des trois recteurs) et des directions de la formation des trois académies.

Les ARS financent une multitudes d'actions de prévention dans les établissements scolaires qui ne font pas l'objet d'une évaluation systématique

Les agences régionales de santé soutiennent la mise en œuvre d'actions collectives de promotion de la santé portant sur les axes prioritaires d'intervention définis dans les conventions. Les données communiquées par les ARS révèlent que les actions menées dans les établissements scolaires sont très diverses, mais peuvent être néanmoins être regroupées en grandes thématiques. Les actions de prévention des conduites addictives (tabac, alcool, cannabis...) et des conduites à risques au sens large (risques liés aux écrans, risques auditifs, etc.) sont de loin les plus nombreuses ; viennent ensuite les actions liées à la vie affective et sexuelle ; les actions de développement des compétences psychosociales et les actions liées à la nutrition, l'équilibre alimentaire et l'activité physique ; ainsi que celles concernant la santé mentale. La santé environnementale et l'hygiène bucco-dentaire constituent des thématiques un peu moins fréquentes.

⁸² Plusieurs ARS réalisent, en partenariat avec les observatoires régionaux de santé et la collaboration des services infirmiers de l'éducation nationale, des diagnostics sur l'état de santé des élèves à partir des données collectées lors des dépistages infirmiers, parmi lesquelles l'Alsace (via le logiciel L2S pour les élèves de 6^e) ; les Hauts- de- France (enquête « JeSais » auprès des jeunes de 6^e et de 2^{nde}) ; la Normandie (enquête « EnJEU santé ») et la Nouvelle-Aquitaine (via le logiciel Voozadoo) auprès des élèves dans leur 12^{ème} année. Par ailleurs, les personnels de l'éducation nationale, principalement infirmiers, d'un échantillon représentatif d'établissements scolaires contribuent à l'enquête quadriennale *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), devenue « ENCLASS » en 2018, réalisée en partenariat avec l'OFDT, le ministère de l'éducation nationale (DGESCO / DEPP), le rectorat de Toulouse, l'association AD-HBSC, l'EHESP et l'INSERM (UMR 1027).

Ces actions se fondent souvent sur des programmes probants labellisés par l'agence Santé publique France (SpF)⁸³ tels que le programme *Unplugged*⁸⁴, programme européen de prévention des substances psychoactives en milieu scolaire ; les programmes TABADO et ASSIST de lutte contre le tabagisme ou encore le programme ICAPS⁸⁵ (intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité). Des programmes nationaux jugés prometteurs, comme Primavera et « Référents et Sentinelles », ou régionaux, tels *Good Behavior Game* (GBG)⁸⁶, programme de développement des compétences psychosociales ; Papillagou et les enfants de croque-lune et Mission Papillagou sont également déployés dans plusieurs ARS et sont en cours d'évaluation. D'autres sont en cours d'expérimentation comme le dispositif « Ecoute'émoi »⁸⁷ déployé dans les régions Ile-de-France, Grand Est et Pays de la Loire.

Un exemple d'action probante : le programme *Unplugged*

Unplugged est un programme universel de prévention des consommations de substances psychoactives (tabac, alcool et cannabis) par le développement des compétences psychosociales (en particulier la capacité à résister à la pression des pairs), l'éducation normative (correction des fausses croyances normatives) et le renforcement des connaissances sur les conséquences immédiates des prises de substances. Le programme est conduit en milieu scolaire en co-animation (enseignant et intervenant de prévention) auprès de collégiens âgés de 11 à 14 ans sur le rythme de douze séances d'une heure – dont trois séances axées sur les substances psychoactives – délivrées par des enseignants (après une formation préalable de trois jours). Elles permettent d'exercer les compétences psychosociales dans le cadre d'ateliers de groupes (classes) fondés sur une animation interactive (discussions collectives, jeux de rôle, mises en situation). Le programme a été déployé à titre expérimental dès 2013 dans le Loiret par l'Apléat (association pour l'écoute et l'accueil des toxicomanes) et a fait l'objet d'une évaluation par Santé publique France en partenariat avec la MILDECA. Cette évaluation a été réalisée auprès d'un échantillon de plus de 1 000 collégiens durant l'année scolaire 2016-2017. Les résultats montrent que le programme a un effet protecteur sur les trois comportements de consommation recueillis (consommation de cigarettes et de cannabis et conduites d'ivresse) qu'il s'agisse de l'expérimentation ou de la consommation récente. Le programme modifie également les variables psychosociales directement ciblées (attitudes, CPS, normes sociales).

Source : Santé publique France et ARS Ile-de-France

Les ARS financent des actions de prévention et de promotion de la santé sélectionnées en grande partie sur appels à projets lancés auprès des établissements scolaires. L'ARS des

⁸³ La DGS a confié à SpF la mise en place d'un registre français d'interventions validées ou prometteuses disponible sur internet. À ce jour, une centaine d'interventions sont recensées dans différents domaines (addictions, nutrition, santé mentale, etc.).

⁸⁴ Déployé à titre expérimental en Bourgogne Franche-Comté et Ile-de-France entre 2018 et 2020 dans le cadre d'un projet financé par l'INCa et associant entre autres la Fédération addiction, la DGS et la DGESCO. Des déploiements dans d'autres régions sont en cours (Nouvelle-Aquitaine, Martinique, Occitanie).

⁸⁵ Expérimentation menée initialement en Alsace entre 2002 et 2006 par le Pr Chantal Simon et reconnue comme efficace par l'OMS en 2009. Le projet a depuis fait l'objet de deux phases de déploiement.

⁸⁶ Expérimentation dans trois régions (Grand Est, Ile-de-France et Occitanie) entre 2018 et 2020.

⁸⁷ Expérimentation menée pendant trois ans auprès des jeunes de 11 à 21 ans en détresse psychologique qui leur permet de bénéficier gratuitement d'un certain nombre de consultations avec un psychologue en libéral suite à l'indication d'un médecin généraliste, d'un pédiatre, d'un travailleur social ou d'un infirmier de l'éducation nationale.

Hauts- de-France a renoncé en 2016 à cette procédure longue à mettre en place et qui ne garantissait ni la représentation de tous les territoires, ni le renouvellement des porteurs de projets. Elle opte désormais pour des conventions pluriannuelles avec des opérateurs sur la durée du plan régional de santé.

Les projets déposés par les établissements sont sélectionnés en concertation avec l'éducation nationale (Dasen, conseillers techniques) qui autorise l'intervention en milieu scolaire après instruction par les directions départementales des ARS. Les interventions peuvent, comme à La Réunion, être ciblées sur les établissements en éducation prioritaire (REP/REP+) afin de corriger l'impact des inégalités sociales et économiques sur la santé et la réussite scolaire des élèves des territoires qui rencontrent les plus grandes difficultés sociales.

Les ARS n'interviennent pas directement dans les établissements scolaires, mais financent des opérateurs chargés d'accompagner les équipes éducatives dans le cadre de projets de prévention : l'IREPS⁸⁸, l'ANPAA⁸⁹, Oppelia⁹⁰ sont quelques-uns des plus représentatifs parmi un panel très large de structures associatives. Ces opérateurs peuvent intervenir sur des thématiques précises (addictions, santé sexuelle, alimentation et activité physique...) ou plus transverses (approche globale de la santé, compétences psychosociales). Leur intervention peut donner lieu dans certains cas à un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). C'est le cas de l'ARS Bretagne qui conventionne avec des opérateurs qui apportent un accompagnement méthodologique aux équipes pédagogiques. Leur intervention peut inclure des temps de formation, de sensibilisation, de diagnostic ou consister dans la fourniture d'outils pédagogiques. La liste des établissements accompagnés est en principe arrêtée en concertation avec les services de l'éducation nationale ou ceux de l'enseignement catholique. À titre d'exemple, le développement des compétences psychosociales donne lieu à l'accompagnement par l'IREPS Bretagne de 5 à 6 projets par département et par an pour des écoles maternelles et primaires sur le temps scolaire et périscolaire. L'ARS des Pays de la Loire conventionne sur 4 ans (3 ans avant 2019) avec des structures ressources en prévention et promotion de la santé. Celles-ci proposent des accompagnements méthodologiques au profit des professionnels et/ou des actions en direction de publics cibles, dont les publics jeunes.

Les interventions sont le plus souvent co-animées. Par exemple, en Ile-de-France, les interventions sur les compétences psychosociales (CPS) sont composées d'activités à fréquence régulière comportant des séances participatives, structurées autour d'un programme de travail et se déroulant sur plusieurs semaines pour une durée totale d'au moins 10 heures sur une année. Des animateurs (personnel éducatif et intervenants extérieurs à l'école) formés aux CPS disposent d'un support décrivant précisément les CPS à travailler tout au long de la progression du programme, ainsi que des modalités établies pour les travailler.

Les projets sont financés essentiellement sur le Fonds régional d'intervention (FIR), mais d'autres canaux de financement existent comme le Fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives. Les ARS exigent généralement qu'ils soient co-construits avec les équipes éducatives, qu'ils s'inscrivent en complément des objectifs du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), ou du projet de l'établissement, et qu'ils contribuent à la réduction des inégalités territoriales, sociales et de santé. La convention signée entre l'ARS

⁸⁸ Instance régionale en éducation et promotion de la santé.

⁸⁹ Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie.

⁹⁰ Association de prévention en addictologie.

Bretagne et le rectorat de Rennes prévoit que les deux signataires établissent une liste de promoteurs sur la base de critères définis en commun, et notamment les critères d'agrément des intervenants en milieu scolaire. La liste des promoteurs retenus est diffusée aux chefs d'établissement par les services académiques et le recours à des intervenants ne figurant pas sur la liste doit être limité. En Pays-de-Loire, les projets doivent respecter un certain nombre de critères de qualité rappelés dans un document de cadrage interne. L'ARS demande également aux opérateurs de s'appuyer autant que possible sur des interventions reconnues efficaces en promotion de la santé. L'ARS Océan indien a quant à elle élaboré deux chartes d'intervention avec le rectorat de la Réunion et les intervenants. En région PACA, les modalités d'instruction varient selon les territoires, mais la règle générale appliquée est celle d'une interrogation systématique pour avis technique de l'éducation nationale pour tout projet sollicitant un financement ARS avec des interventions en milieu scolaire. Jusqu'en 2016, l'ARS Lorraine, en partenariat avec le Conseil régional de Lorraine, finançait chaque année sur appels à projets des établissements du premier et second degré pour des actions sur des thématiques ciblées qui étaient basées sur les orientations des CESC. Les académies de Reims et de Strasbourg n'ont pas souhaité poursuivre dans cette voie. L'ARS Grand Est souhaite à l'avenir financer prioritairement le déploiement de programmes probants. Elle assure que le soutien d'initiatives locales pourra se poursuivre, mais sur la base de besoins identifiés et de critères qualité à définir conjointement avec les conseillers techniques des recteurs. Elle n'a pas actuellement de visibilité sur l'ensemble des actions qui peuvent être menées dans les établissements scolaires. D'une part, des chefs d'établissement s'emparent de sujets sans solliciter de financement et peuvent être aidés en ce sens par les étudiants du service sanitaire, d'autre part, des actions peuvent être financées par d'autres opérateurs (MILDECA, conseils départementaux...).

Deux exemples d'interventions dans le cadre du service sanitaire

En Martinique, depuis la rentrée 2018, dans le cadre du service sanitaire des étudiants en santé, l'éducation nationale a permis à 105 étudiants en soins infirmiers et masso-kinésithérapie répartis en groupes pluridisciplinaires de 3 à 4 étudiants, de participer à la prévention autour de 8 thématiques prioritaires, auprès des élèves au sein des EPLE et des écoles. Ils conduisent des interventions avec des personnels de l'éducation nationale, sous le pilotage des chefs d'établissement. La mise en place du service sanitaire se fait sous l'égide d'un comité régional du service sanitaire composé de l'ARS, du rectorat, de l'IREPS et des représentants des instituts de formation. Ce dispositif est reconduit en milieu scolaire pour l'année 2019 avec les étudiants en maïeutique qui rejoindront les autres étudiants en santé.

Dans la région Grand-Est, 2 740 étudiants ont effectué leur stage en établissement scolaire en 2018/2019, soit 65 % de l'ensemble des lieux de stage.

L'ARS Ile-de-France cherche à rééquilibrer les interventions au profit des écoles, l'analyse des projets existants ayant montré un déficit d'intervention touchant les enfants par rapport aux adolescents. L'un des deux objectifs du PRS⁹¹ est le renforcement des programmes de compétences psychosociales (CPS) ciblant de manière précise les 6/12 ans. Pour cela, les 17 programmes de l'appel à initiatives de 2018 sont développés dans les écoles maternelles et primaires. Au total, l'agence subventionne actuellement 26 opérateurs parmi lesquels Oppelia,

⁹¹ Plan régional de santé.

ANPAA, SEDAP⁹², CRIPS⁹³, l'université Paris 8... Deux structures ressources (Promo santé Ile-de-France et PSYCOM) ont été mobilisées pour la construction de référentiels et d'outils destinés à l'ensemble des intervenants franciliens⁹⁴.

Les ARS peuvent également compter sur le réseau d'acteurs locaux pour des actions de prévention : les Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les Consultations jeunes consommateurs (CJC) qui leur sont adossées, en matière de prévention de conduites addictives ; les Maisons des adolescents et les Points accueil écoute jeunes (PAEJ) pour le développement des compétences psychosociales, ou encore les Centres gratuits d'information, de diagnostic et de dépistage (CeGIDD) et qui peuvent intervenir ponctuellement en aide méthodologique ou en information auprès des établissements scolaires à leur demande.

Les ARS reconnaissent la nécessité d'évaluer les actions menées dans les établissements scolaires, toutefois cette évaluation n'est pas systématique ni homogène sur tous les territoires. Si les programmes d'envergure menés sur le long terme tels que *Unplugged*, *Good Behaviour Game* ou le programme Papillagou font l'objet d'évaluations externes, l'évaluation des actions locales relève plus généralement d'une auto-évaluation assortie d'un bilan quantitatif et d'un compte rendu financier. L'ARS Grand Est admet que « *l'évaluation est demandée systématiquement pour toute action financée, mais force est de constater que l'évaluation se limite le plus souvent au nombre d'enfants touchés, à la satisfaction des élèves et des enseignants.* » L'évaluation n'est cependant pas aisée. Comme le souligne l'ARS des Pays-de-Loire, la mesure de l'impact des actions de prévention en milieu scolaire est compliquée à plusieurs titres dans la mesure où la santé repose sur un ensemble de déterminants biologiques, comportementaux, socio-économiques qu'il est difficile d'isoler. L'impact des actions varie également en fonction de la population cible et n'est pas mesurable immédiatement. L'évaluation des actions de prévention nécessiterait de mesurer leurs effets quelques années plus tard. Or, les élèves bénéficiaires ne sont bien souvent plus présents dans les établissements concernés. Pour ces raisons, l'ARS des Pays-de-Loire a choisi, dans un souci d'efficacité, de privilégier en amont des actions reposant sur des critères de qualité en prévention / promotion de la santé et sur les données de la littérature scientifique en matière d'interventions probantes. Les programmes de prévention sont intégrés dans les programmes éducatifs portés par l'ensemble de la communauté éducative. En aval, les conventions financières avec les opérateurs prévoient un bilan quantitatif et qualitatif des actions menées. Dans le cadre d'expérimentations (cf. par exemple programme « En santé à l'école » (ESAE)⁹⁵ ou dispositif « Ecout'Emoi »), ces bilans sont complétés par une double évaluation de processus, portée par l'opérateur (évaluation interne) et par un prestataire extérieur (évaluation externe). Enfin, l'ARS des Pays-de-Loire sollicite les acteurs ressources de la région pour réfléchir aux conditions de bonne implantation des actions, au regard de leur expérience. Ainsi, dans le cadre

⁹² Société d'entraide et d'action psychologique.

⁹³ Centre régional d'information et de prévention du sida et pour la santé des jeunes.

⁹⁴ « Comprendre et agir : les CPS des enfants et jeunes ados de 3-15 ans » par Proposante Île-de-France et « Cosmos de la santé mentale pour enfants de 6/8 ans » par le PSYCOM (organisme public d'information et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale).

⁹⁵ Projet expérimental visant le renforcement des compétences psychosociales (CPS) mené pendant trois ans auprès de 91 écoles par l'ARS Pays-de-Loire en partenariat avec le rectorat de l'académie de Rennes, l'enseignement catholique des Pays de la Loire et porté par l'IREPS des Pays de la Loire, avec l'appui de l'ANPAA et de la Fédération Addiction.

du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'IREPS, cet opérateur a été chargé en 2019 de produire un référentiel à destination des professionnels ressources des institutions scolaires pour le déploiement du renforcement des compétences psychosociales dans l'académie de Nantes. Ce document en cours d'écriture s'appuie sur les connaissances construites par l'expérience de vingt ans d'interventions en milieu scolaire, les évaluations du programme ESAE et les synthèses françaises sur les données probantes concernant les programmes CPS validés.

L'évaluation externe est également sollicitée en Auvergne Rhône-Alpes. Une recherche interventionnelle sur le renforcement des compétences psychosociales a été réalisée entre 2013 et 2018 sur cinq territoires avec la participation du laboratoire ACTe⁹⁶ de l'université Clermont Auvergne et l'IREPS. Elle a permis de fournir des outils de mesure et des indicateurs validés scientifiquement et désormais utilisables pour évaluer de nouvelles actions.

L'ARS Ile-de-France a sollicité un accompagnement auprès de l'agence nationale Santé Publique France, dont la CIRE⁹⁷ Ile-de-France, pour l'identification des programmes validés, le conseil méthodologique et le suivi, ainsi que l'élaboration de référentiels d'évaluation. Une des tâches de ce comité sera la mise en place d'un tableau de bord régional permettant de réaliser un suivi plus affiné des actions. Ce comité intègre aussi deux structures ressource (Promosanté IDF et PSYCOM), ainsi que trois grands opérateurs régionaux (ANPAA, Oppelia, Crips).

Dans les Hauts-de-France, chaque CPOM conclu avec un opérateur fait l'objet d'un document cadre posant le cadre d'évaluation attendu. L'ARS Normandie a quant à elle créé, au sein du pôle prévention et promotion de la santé, une cellule qualité qui travaille à la fois sur l'évaluation, la capitalisation, les données probantes et leur transférabilité. Une grille d'évaluation des projets financés par le pôle a été élaborée par cette cellule. En Nouvelle-Aquitaine, afin de développer des actions probantes, un programme de formation de professionnels de l'éducation nationale est en cours de déploiement, notamment pour soutenir les programmes validés « *Unplugged* » et « *TABADO* ». Une démarche de suivi-évaluation est en cours de réflexion avec les trois rectorats.

En Bourgogne Franche-Comté, l'évaluation des actions financées fait l'objet chaque année d'une présentation commune devant les acteurs concernés. Le retour vers les équipes éducatives ayant bénéficié de l'action quelques mois après l'action est difficile, comme le souligne l'ARS Bretagne, en raison notamment de la mobilité des personnels.

Des actions locales permettent de renforcer les dépistages et la prise en charge médicale des élèves

La démographie médicale constitue rarement un axe spécifique des conventions liant les ARS aux académies⁹⁸. En Bourgogne Franche-Comté, le soutien des médecins libéraux est envisagé pour la réalisation des examens médicaux et bilans de santé obligatoires, tout comme une convention d'accueil d'internes en médecine. Dans cette région, une convention tripartite avec l'IREPS et les signataires de la convention cadre a été signée par laquelle l'IREPS

⁹⁶ Activité, Connaissance, Transmission, éducation.

⁹⁷ Cellules d'intervention en région (Cire) : placées auprès des ARS, ces cellules apportent l'expertise scientifique dans le champ de la veille, de la surveillance et de l'alerte sanitaire pour l'aide à la décision des politiques de santé régionales. Les Cire sont le représentant unique en région de Santé publique France.

⁹⁸ Ce sujet est abordé dans les conventions de Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France et Normandie.

s'engage à recruter des médecins libéraux pour aider l'éducation nationale à réaliser les bilans de santé dans les zones à démographie médicale défavorable. En contrepartie, ces médecins doivent également déployer des actions collectives de prévention en proximité de leur lieu d'exercice. Cette convention doit entrer en application pour l'année scolaire 2019/2020 et n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation spécifique. La convention entre l'ARS Hauts-de-France et les académies d'Amiens et de Lille comporte un axe consacré à l'offre de soins qui vise notamment à faire connaître aux étudiants en médecine l'intérêt professionnel des terrains de stage au sein de l'éducation nationale.

La question du dépistage et de l'accès aux soins est source de préoccupation dans plusieurs régions et conduit à la mise en place d'expérimentations locales. L'ARS Bretagne engage une réflexion pour améliorer l'effectivité et l'efficacité des dépistages aux âges clés. Elle prévoit en 2020 de définir des modalités de travail concerté entre l'ARS, le rectorat de l'académie de Rennes, la PMI, les médecins généralistes et pédiatres libéraux afin de faire bénéficier davantage d'enfants d'examens de qualité. Le recours aux médecins libéraux pour la réalisation de certains examens sera examiné à cette occasion. Parallèlement, un travail sera engagé sur la formation des médecins au repérage des problématiques de santé en lien avec le Collège des hautes études en médecine (CHEM), les deux universités de médecine, l'association française de pédiatrie ambulatoire, le Centre de référence des troubles du langage et des apprentissages (CRTLA), le centre de ressources sur l'autisme (CRA), la PMI, la médecine scolaire, ainsi qu'une action de communication en direction des parents en lien avec les CAF et les CPAM.

Dans le cadre des travaux du projet régional de santé de la région Grand Est, un objectif opérationnel spécifique à l'examen de santé de la 6^e année a été validé avec les conseillers techniques des trois rectorats (Nancy-Metz, Reims et Strasbourg). L'ARS Grand Est serait disposée à apporter son aide aux services de l'éducation nationale pour l'atteinte de cet objectif, mais les services rectoraux se montrent peu réactifs pour lui transmettre les données indispensables à son action (nombre de médecins scolaires, territoires couverts par ceux-ci, taux de réalisation de l'examen des 6 ans). Des actions ciblées ont pu néanmoins être mises en place dans le domaine vaccinal. Une campagne de rattrapage vaccinal est instituée en Meuse dans les classes de CE1, 5e et 2nde. L'action a été étendue aux Vosges et couvre plusieurs territoires (Saint-Dié, Toul). Des séances de vaccination HPV et hépatite B ont été organisées en 2019-2020, avec l'accord du recteur et des Dasen, dans les classes de 5e des départements de la Meuse, de la Meurthe-et-Moselle et des Vosges. À partir de la rentrée 2020, il est prévu d'étendre le dispositif de rattrapage à d'autres territoires, en tenant compte des taux de couverture vaccinale et de l'existence d'un opérateur en capacité de vacciner au sein des classes. En outre, l'agence considère que l'inscription de l'acte vaccinal dans les missions des médecins scolaires devrait être étudiée. En Martinique, la collaboration de l'ARS avec le Rectorat s'inscrit dans une démarche itinérante de rattrapage de la couverture vaccinale au sein des collèges du département via la plateforme régionale de vaccination. Cette expérimentation, initiée en 2018 dans des collèges des quartiers prioritaires de la ville de Fort-de-France, a été étendue à d'autres établissements de Martinique. L'ARS Hauts-de-France vient également en soutien de l'éducation nationale pour l'accompagnement à la mise en œuvre de l'obligation vaccinale. Ainsi, un guide à l'usage des directeurs d'école et collectivités territoriales est en cours de préparation pour faciliter la vérification des carnets de vaccination à partir de la rentrée de 2020. Toujours dans les Hauts-de-France, l'ARS subventionne deux associations chargées

de réaliser des dépistages⁹⁹. Ces partenaires détectent les troubles visuels en première intention et accompagnent les enfants dépistés vers un ophtalmologiste. En cas de difficultés pour obtenir un rendez-vous chez l'ophtalmologiste, ces structures peuvent recourir à un pool régional d'ophtalmologistes constitué par l'URPS¹⁰⁰ médecins libéraux. Ce pool est également mobilisable par les autres professionnels qui pratiquent des dépistages des troubles visuels : PMI et médecine scolaire, mais aussi médecins et pédiatres traitants. En ce qui concerne le dépistage des troubles du langage, les parents de l'enfant pour lequel un trouble est dépisté sont invités à consulter leur médecin traitant pour éventuelle prescription d'un bilan orthophonique. Toutefois, l'accès à l'offre d'orthophonie est plus ou moins facile en fonction des territoires. Par ailleurs, des orthophonistes indiquent que nombre d'enfants leur sont orientés à mauvais escient. Aussi, une plateforme de régulation est en cours d'étude avec l'URPS orthophonistes afin de proposer un filtre qui permette d'orienter à bon escient les enfants vers les soins d'orthophonie ou vers d'autres dispositifs de prise en charge ou accompagnement. Par ailleurs, les départements du Nord et du Pas-de-Calais sont engagés depuis 2018 dans l'expérimentation « Mission retrouve ton cap » qui consiste à accompagner les enfants de 3 à 8 ans en risque ultérieur d'obésité dans un parcours de prise en charge dédié. Celui-ci consiste à proposer à ces enfants une prise en charge diététique et une activité physique et psychologique adaptées sur prescription du médecin traitant de l'enfant. Les médecins scolaires sont invités à orienter des enfants repérés vers leur médecin traitant pour intégrer ce parcours. Les médecins scolaires sont ensuite tenus informés du suivi de l'enfant.

Dans la région Auvergne Rhône-Alpes, l'ARS a réalisé un diagnostic avec les services de PMI et ceux de l'éducation nationale afin de définir les territoires prioritaires sur lesquels devaient porter les efforts de dépistage. Ce diagnostic a permis d'identifier dans la Loire 200 enfants qui n'ont pas bénéficié d'une visite médicale avant 6 ans. L'expérimentation menée dans ce département avec l'appui de l'ARS et des professionnels de santé de ville a permis de définir un projet de territoire comprenant une instance de coordination locale, un échange sur les outils de dépistage, des formations communes, et des modalités de transmission des informations dans un cadre sécurisé.

La thématique de la santé mentale fait l'objet de plusieurs initiatives dans les régions. En Auvergne Rhône-Alpes, des plates-formes de coordination et d'orientation pour les enfants de 0-6 ans porteurs de troubles du neuro-développement sont en cours de déploiement. Les médecins de santé scolaire peuvent orienter les élèves repérés vers la plateforme avec l'accord des représentants légaux. Par ailleurs, un partenariat avec l'URPS orthophonistes permet d'améliorer l'accès aux soins pour des enfants présentant des troubles d'apprentissage du langage.

D'une façon plus générale, les services de santé scolaire de l'éducation nationale sont mobilisés dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) et ont des relations privilégiées avec les centres d'action médico-sociale précoce, les centres-médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les équipes départementales pluridisciplinaires pour le diagnostic et les interventions précoces auprès des enfants avec autisme, les équipes de psychiatrie infanto-juvénile et les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

⁹⁹ L'APESAL (Association de Prévention et d'Éducation Sanitaire Actions Locales) et l'APRIS (association de prévention et de réduction des insuffisances sensorielles).

¹⁰⁰ Union Régionale de Professionnels de Santé.

Tableau n° 41 : présentation des conventions entre les ARS et les rectorats

<i>Convention</i>	<i>Durée</i>	<i>Axes stratégiques</i>
<i>ARS Auvergne Rhône-Alpes / rectorats des académies de Clermont-Ferrand, Grenoble et Lyon</i>	Convention signée en novembre 2018 pour 5 ans (2018-2023)	- Améliorer les connaissances et renforcer les compétences en santé des élèves ;
		- Contribuer au développement d'environnements favorables à la santé et aux apprentissages à l'école ;
		- Améliorer le repérage, le dépistage, le diagnostic précoce, l'accompagnement et l'orientation des élèves à besoins spécifiques ;
		- Assurer la veille et gestion des alertes sanitaires et des situations exceptionnelles en milieu scolaire ;
		- Organiser le partage et la consolidation des données d'observation sur la santé des élèves.
<i>ARS Bretagne / rectorat de l'académie de Rennes</i>	Convention signée le 14 mars 2019 pour 5 ans (2019-2024)	- Partager pour agir de façon concertée ;
		- Promouvoir la santé des élèves et prévenir les comportements défavorables à la santé ;
		- Poursuivre l'accompagnement des enfants et des adolescents en situation de handicap
<i>ARS Bourgogne-Franche-Comté / rectorats des académies de Besançon et Dijon</i>	Convention signée le 7 novembre 2016 (durée indéterminée)	- Développer des parcours adaptés aux enfants porteurs de handicap ;
		- Développer des actions de promotion et d'éducation à la santé ;
		- Soutenir la démographie médicale ;
		- Gérer les alertes sanitaires.
<i>ARS Centre Val de Loire / rectorat de l'académie de Tours</i>	Convention signée le 7 mars 2017 pour 3 ans (2017-2020)	- Observation et analyse des besoins de santé de tous les élèves ;
		- Mise en place d'un parcours éducatif de santé ;
		- Veille et gestion des alertes sanitaires ;
		- Prise en charge éducative et du parcours de scolarisation des élèves en situation de handicap ;
		- Développement de formations à destination des personnels.
<i>ARS Guadeloupe / rectorat de l'académie de Guadeloupe</i>	Convention signée le 25 novembre 2019 pour 3 ans (2019-2022)	- Prévenir et réduire les inégalités territoriales de santé des publics scolaires et universitaires ;
		- Favoriser le développement des compétences en matière de promotion de la santé ;
		- Mettre en œuvre les objectifs du PRS en lien avec le CESC ;
		- Sécuriser en coordonnant les procédures de veille et de sécurité sanitaire ;
		- Promouvoir la santé environnementale et la lutte contre les vecteurs ;
		- Promouvoir le service sanitaire des étudiants en santé ;
		- Développer la coopération institutionnelle dans la lutte contre les violences scolaires.
		- Veille et sécurité sanitaire ;

Convention	Durée	Axes stratégiques
<i>ARS Guyane / rectorat de l'académie de Guyane</i>	Convention signée le 12 mars 2018 pour 5 ans (2018-2023)	- Prévention et promotion de la santé ;
		- Santé environnementale.
<i>ARS Grand Est / rectorat des académies de Reims, Nancy-Metz et Strasbourg</i>	Convention signée le 7 décembre 2017 pour 5 ans (2017-2022)	- Définition d'un cadre de partenariat ;
		- Observation de la santé et des besoins de santé des jeunes scolarisés ;
		- Mise en place du parcours éducatif de santé ;
		- Prise en charge des élèves en situation de handicap et des élèves à besoins particuliers ;
<i>ARS Hauts-de-France / rectorat des académies d'Amiens et de Lille</i>	Convention signée le 20 septembre 2017 pour 3 ans (2017-2020)	- Développement de formations intercatégorielles.
		- Promotion de la santé ;
		- Scolarisation des élèves porteurs de handicap ;
<i>ARS Ile-de-France / rectorat des académies de Créteil, Paris et Versailles</i>	Convention signée en novembre 2019 pour 3 ans (2019-2022)	- Veiller et sécurité sanitaire ;
		- Offre de soins.
		- Développer la prévention en faveur du jeune enfant en école maternelle (3-6 ans) ;
		- Renforcer les compétences psychosociales des élèves (3-12 ans) ;
		- Mieux repérer les adolescents en situation de vulnérabilité (12-18 ans) ;
<i>ARS Océan Indien / rectorat de l'académie de la Réunion</i>	Convention signée le 14 mai 2014 (reconduite par tacite reconduction)	- Accompagner les équipes éducatives dans le cadre du plan de lutte contre les violences scolaires ;
		- Contribuer à la mise en place et au déploiement des cités éducatives ;
		- Poursuivre le déploiement du service sanitaire.
		- Veille et sécurité sanitaire ;
<i>ARS Pays de Loire / rectorat de l'académie de Nantes</i>	Convention signée en juillet 2018 pour 5 ans (2018-2023)	- Observation de la santé des élèves ;
		- Prévention et promotion de la santé ;
		- Handicap.
		- Accompagner la construction du parcours éducatif de santé de chaque élève et développer la prise en compte des compétences psychosociales ;
		- Maintenir un dialogue de qualité avec les parents, en développant la co-éducation avec les familles ;
		- Favoriser par la réalisation des bilans de santé ;
<i>ARS Normandie / rectorat des académies de Caen et Rouen</i>	Convention signée en 2018 pour 5 ans (2018-2023)	- Garantir la réussite des élèves à besoins particuliers et réussir l'inclusion au quotidien ;
		- Mettre en place le plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes ;
		- Intervenir auprès des élèves en risque de décrochage scolaire ;
<i>ARS Normandie / rectorat des académies de Caen et Rouen</i>	Convention signée en 2018 pour 5 ans (2018-2023)	- Poursuivre et renforcer l'accompagnement des personnels.
		- Harmoniser l'observation de la santé des jeunes scolarisés pour une meilleure exploitation des données ;
		- Sensibiliser et former l'ensemble de la communauté éducative à la promotion de la santé ;
<i>ARS Normandie / rectorat des académies de Caen et Rouen</i>	Convention signée en 2018 pour 5 ans (2018-2023)	- Mettre en œuvre un programme d'actions adapté au développement des enfants et des jeunes ;

Convention	Durée	Axes stratégiques
		<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la démographie des médecins de l'Éducation nationale ; - Renforcer la coopération entre l'ARS et les académies dans le cadre de la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale ; - Coopérer dans le cadre de la mise en œuvre de la politique vaccinale ; - Poursuivre la collaboration entre la cellule de veille, d'alerte et de gestion des signaux sanitaires ; - Organisation des parcours des élèves en situation de handicap.
<i>ARS Nouvelle-Aquitaine / rectorat des académies de Bordeaux, Limoges et Poitiers</i>	Convention signée le 28 mai 2018 pour 5 ans (2018-2023)	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir les habitudes de vie favorables à la santé et des attitudes favorables à la santé des autres <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre l'éducation à la sexualité - Poursuivre la prévention des conduites à risques, dont les addictions <ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir le bien-être psychique et la santé mentale ; - Détecter les troubles de santé risquant d'affecter l'adaptation en milieu scolaire ; <ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir un environnement favorable à la santé - Contribuer à la veille sanitaire et la gestion de situation exceptionnelle.
<i>ARS Occitanie / rectorat des académies de Montpellier et de Toulouse</i>	Convention signée le 11 décembre 2017 pour 5 ans (2017-2022)	<ul style="list-style-type: none"> - Faire de l'école un environnement favorable au bien-être, à la santé et aux apprentissages ; - Améliorer les connaissances des enfants, des adolescents et des jeunes sur les principaux déterminants de santé afin de développer leurs CPS ; - Renforcer la fluidité des parcours entre l'école et les soins de ville ; <ul style="list-style-type: none"> - Lutter contre les inégalités sociales de santé ; - Mettre en œuvre des modalités de travail pérennes basées sur la concertation et la co-construction des modalités, du choix des opérateurs et des actions.