

Rapport au Parlement sur le devenir de la médecine scolaire et sur la politique de santé scolaire



Tome 1 : Rapport

Béatrice BUGUET-DEGLETAGNE
Membre de l'inspection générale
des affaires sociales



N°2022-074R

Stéphane ELSHOUD Frédéric THOMAS
Membres de l'inspection générale de
l'éducation, du sport, et de la recherche



N°22-23 034A

Juin 2022

SYNTHESE

[1] Par lettre du 16 septembre 2022, les ministres de l'intérieur et de l'outre-mer, de l'éducation nationale et de la jeunesse, de la santé et de la prévention ont chargé l'inspection générale de l'administration, l'inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche et l'inspection générale des affaires sociales de la réalisation du rapport au Parlement sur le devenir de la médecine scolaire prévu par l'article 144 de la loi 2022-217 du 21 février 2022, dite loi 3DS. Cette disposition est ainsi libellée : « *Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport retraçant les perspectives du transfert de la médecine scolaire aux départements, son coût, les modalités envisagées de recrutement et de gestion du personnel et les améliorations attendues sur le fonctionnement des différentes actions menées dans le cadre de la médecine scolaire. Ce rapport indique les moyens permettant, en l'absence d'un tel transfert, de renforcer la politique de santé scolaire et, en particulier, de renforcer l'attractivité des métiers concourant à cette politique. Il peut faire l'objet d'un débat en séance publique dans chacune des deux assemblées.* »

[2] La lettre de mission demande une revue des missions confiées à la médecine scolaire en identifiant les missions prioritaires ; la vérification de l'adéquation des moyens déployés ; les conditions nécessaires à une éventuelle décentralisation de la médecine scolaire ainsi que son impact tant en termes d'atteinte des objectifs fixés que d'impacts budgétaires et de gestion des ressources humaines, en examinant les avantages et les inconvénients du mode de gestion actuel et d'un modèle décentralisé ; l'étude des principales modalités alternatives d'organisation permettant d'atteindre sur tout le territoire national les objectifs fixés par la loi à la médecine scolaire en mobilisant l'ensemble des acteurs nationaux et locaux concerné par la santé de l'enfant ; l'analyse de leur faisabilité opérationnelle notamment en matière sociale, de ressources humaines et de calendrier, ainsi que les modalités de gouvernance et de pilotage qui en découlent ; l'identification des leviers d'amélioration de cette politique publique à cadre juridique constant ; l'examen des modalités de pilotage et d'organisation au niveau national et au niveau local ; l'identification des améliorations susceptibles d'être apportées à l'organisation en place et aux modes de travail de manière à renforcer les synergies entre l'ensemble des acteurs de la santé au sein et avec ses partenaires ainsi que l'attractivité des métiers de la santé scolaire.

[3] La mission a été menée entre octobre 2022 et juin 2023. Outre l'analyse des documents et données disponibles ou demandés, elle a pris l'attache de responsables relevant de l'administration centrale des ministères de l'éducation nationale et de la jeunesse, de la santé et de la prévention, de l'intérieur et des outre-mer, du travail, du plein emploi et de l'insertion, de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire ; de l'école des hautes études en santé publique, de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, d'élus et responsables administratifs des collectivités territoriales et de l'État dans douze départements, sept régions et huit académies, de professionnels de la santé scolaire et de l'accompagnement social, de membres des équipes de direction, enseignantes et de vie scolaire dans les départements visités, ainsi que d'experts, des services du Défenseur des droits, d'organisations et associations représentatives des collectivités territoriales et de leurs groupements, de l'association nationale des directeurs d'action sociale et de santé, des organisations syndicales représentatives des médecins et infirmiers scolaires, des

organisations représentatives des parents d'élèves, de l'union nationale des associations familiales, de la fédération nationale des observatoires régionaux de santé.

[4] Le rapport analyse dans un premier temps les enjeux et principaux axes de la politique de santé scolaire et les moyens qui la servent, le cadre prévu pour son pilotage, son articulation ou non avec les autres services, collectivités et institutions concernées. Les constats correspondants conduisent à considérer que quels que soient les choix à venir en termes de portage institutionnel, des évolutions majeures doivent être conduites. Le rapport présente dans un deuxième temps les évolutions nécessaires relatives au socle de missions, à la valorisation et à la structuration des métiers, à l'articulation, dans un cadre décentralisé ou non, entre les services de l'éducation nationale et les collectivités territoriales. La troisième partie de ce rapport analyse les atouts d'une éventuelle décentralisation aux conseils départementaux, les voies qui se présentent pour une telle évolution, et les questions posées par son cadre financier.

[5] Ces différents volets reposent sur des données et approfondissements thématiques trop lourds pour une intégration systématique au propos, mais exposés dans les annexes produites. Celles-ci fournissent notamment une présentation du cadre normatif de la médecine scolaire, qui relève des codes de l'éducation et de la santé publique, du code du travail, plus marginalement du code du sport, du code rural et de la pêche maritime, ainsi que de textes non codifiés ; une mise en regard, par départements, du nombre d'élèves par médecin scolaire et du nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants ; une analyse détaillée des effectifs et du cadre d'intervention des personnels de santé scolaire et d'accompagnement social.

1. Des constats récurrents confirmés, une politique publique très partiellement assumée

[6] La politique de santé scolaire, volet de la politique de santé de l'enfant, a trois fondements majeurs :

- l'école accueillant la presque totalité de chaque génération, elle peut constituer un support privilégié de la politique de prévention *via* notamment les bilans de santé permettant, individuellement, des diagnostics précoces et si besoin l'orientation vers le soin ; pouvant aussi fournir, collectivement, une contribution précieuse à l'épidémiologie ;
- les établissements scolaires étant des milieux de vie au sens de l'article L.1311-6 du code de la santé publique, la prise en compte des déterminants de santé y constitue en elle-même une composante de la politique de santé pour les occupants de ces locaux, tout particulièrement les enfants et adolescents ;
- l'école ayant légalement vocation à instruire, éduquer et participer à l'insertion des élèves dans la société, elle constitue un cadre privilégié pour l'éducation à la santé des enfants et adolescents.

[7] Les constats établis montrent que la politique de santé scolaire est très partiellement assumée. Le socle de missions, issu de sédimentations successives, est largement au-delà de ce que peuvent réaliser les effectifs disponibles. L'écart s'accroît sous l'effet de l'ajout régulier de tâches nouvelles et, s'agissant au moins des médecins, de la diminution encore accrue de l'effectif global. L'effectif ETP de médecins scolaires a été divisé par plus de deux entre 1996 et 2022. Sans que l'attrition des effectifs infirmiers de l'éducation nationale soit comparable, les données disponibles documentent pour le dernier exercice une baisse de 11 %, qui met fin à la stabilité

antérieure dans le temps. L'évolution à la baisse, depuis 2017, du ratio postes pourvus / postes ouverts au recrutement dénote selon toutes apparences une attractivité altérée. Le manque de personnel pour la réalisation des missions de santé scolaire concerne aussi les psychologues de l'éducation nationale et les personnels d'accompagnement social. Ainsi l'effectif de psychologues du premier degré se traduit-il par une moyenne (théorique, au regard des disparités territoriales) de 12,6 écoles à la charge de chaque psychologue, ou encore un effectif moyen de 1686 élèves, sans tenir compte des besoins dans le secondaire. L'effectif d'assistants de service social réduit en pratique leur rôle à une partie de leurs missions, et atrophie les actions de prévention.

[8] Une répartition très inégale des effectifs fait d'une partie des départements des territoires fortement sous-dotés et pour certains en déshérence, plusieurs ne disposant plus du tout de médecins scolaires de secteur. Aux inégalités territoriales s'ajoutent des inégalités sectorielles et par niveaux d'enseignement ; le niveau primaire en particulier apparaît comme le parent pauvre de la politique de santé scolaire.

[9] Le pilotage de la politique de santé scolaire est ténu, nationalement comme localement, qu'il s'agisse des affectations des personnels, du pilotage budgétaire ou des coopérations avec les autres intervenants concernés. Plusieurs aspects majeurs ne semblent pas faire l'objet de réflexions de fond, ou bien celles-ci ne sont pas prises en compte. Ce constat doit être situé dans un contexte difficile pour les responsables concernés, en charge par ailleurs de nombreuses autres missions. En termes de gestion des ressources humaines, le total des médecins, infirmiers et assistants de service social représente à peine plus de 1 % des personnels enseignants et non enseignants relevant de l'enseignement scolaire ; cela ne minore pas pour autant les enjeux de la politique de santé scolaire. Ceux-ci sont accrus dans la période récente par des facteurs sanitaires, et par la pénurie qui caractérise les effectifs de différentes professions médicales et paramédicales.

[10] Au gré de pans de missions obligatoires lourds, quoi qu'inégalement mis en œuvre, d'un cadre induisant un travail des professionnels concernés en silos plutôt qu'en coopération, et d'articulations insuffisantes avec les autres acteurs de santé, y compris non-médicaux, la dimension de prévention apparaît sous-investie malgré son efficacité potentielle. Si la politique de santé scolaire a considérablement évolué depuis sa conception initiale centrée sur une « médecine scolaire », cette mue n'est pas complètement accomplie.

2. Des évolutions nécessaires quel que soit le choix du portage institutionnel

[11] Devant ces constats, la mission a considéré que quels que soient les choix à venir en termes de portage institutionnel, trois évolutions fortes sont nécessaires pour donner son effectivité à la politique de santé scolaire.

[12] Que cette politique reste de la responsabilité du ministère en charge de l'éducation nationale ou qu'elle soit décentralisée aux conseils départementaux, **une refonte du socle de missions s'impose**. Le rapport analyse les éléments à prendre en compte pour l'évolution éventuelle de trois gros blocs de missions : les bilans de santé, la vérification annuelle d'aptitude pour les jeunes en formation professionnelle, lorsque ces formations comportent des travaux dangereux, et les différents dispositifs relevant de la politique de l'école inclusive. Ces missions ont toutes des fondements précis ; pour autant, et aux côtés de nombreuses tâches plus mineures, elles composent un paysage qui laisse une place trop réduite à l'éducation à la santé, aux interventions de proximité et globalement à la prévention.

[13] **En première phase, la mission propose de fondre à court terme le bilan médical de la 6ème année, très incomplètement réalisé par l'éducation nationale, et le bilan des 3/ 4 ans relevant de la PMI, dont les taux de réalisation sont nettement plus élevés mais qui ne sont pas non plus menés de façon exhaustive.** Elle propose de confier aux Assises de la pédiatrie la détermination de l'âge pertinent pour ce bilan devant devenir effectivement universel, puis d'engager une démarche de co-construction entre les ministères concernés et les conseils départementaux. D'ores et déjà, le cadre normatif confie la réalisation du bilan des 3 / 4 ans alternativement aux équipes de PMI et à l'éducation nationale.

[14] La quasi-absence d'articulation entre les interventions respectives des différentes catégories de professionnels en charge, et l'éclatement de leur cadre de travail dans toutes ses dimensions organisationnelles n'apparaissent pas compatible avec l'efficacité. La mission préconise le rattachement des personnels de santé et d'accompagnement social à des services santé-sociaux positionnés au niveau départemental, ce qui n'obère pas le travail au sein des écoles et établissements. L'échelon départemental apparaît fonctionnellement le plus pertinent y compris en cas de portage confirmé par l'éducation nationale, car il est indispensable de rechercher une articulation effective avec notamment les services de PMI.

[15] Enfin, les compétences et domaines d'intervention respectifs de l'éducation nationale et des collectivités territoriales au sein même des écoles et établissements rendent extrêmement souhaitable une réelle articulation au service de la santé scolaire, dans un cadre décentralisé comme dans le maintien du portage institutionnel actuel. C'est plus vrai encore dans le contexte de la pénurie de moyens, et pour la construction de la refonte préconisée des missions et de leur cadre d'exercice. Cette articulation territoriale accrue serait considérablement facilitée par une déconcentration du ministère de l'éducation nationale qui prenne mieux en compte le niveau départemental, évolution qui ne va pas de soi.

3. Pour l'option d'une décentralisation aux conseils départementaux, des atouts structurels, des choix à opérer, des conditions à remplir

[16] Le choix, pour la politique de santé scolaire, d'un portage décentralisé s'inscrirait à différents égards dans une certaine continuité. D'ores et déjà et de longue date, des communes qui sont généralement de grandes villes sont délégataires de la santé scolaire ; les compétences, décentralisées depuis 2004, de construction et gestion des bâtiments scolaires, et de restauration scolaire, emportent une forte dimension sanitaire ; enfin, si la protection maternelle et infantile est décentralisée et la médecine scolaire de la responsabilité de l'éducation nationale, ces positionnements ne se traduisent pas par des compétences étanches ; depuis l'abaissement 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, et le cadre normatif prévoit sa réalisation soit par le service départemental de protection maternelle et infantile, soit par les professionnels de santé de l'éducation nationale.

[17] L'option d'une décentralisation aux conseils départementaux induirait une réelle articulation avec les services de PMI, ce qui représente un fort atout structurel en termes de cohérence dans le suivi des élèves, de continuité dans les relations avec les familles, de maillage territorial, de complémentarité et de synergies avec les services de protection maternelle et infantile, mais aussi avec les personnels départementaux d'accompagnement social.

[18] Pour un tel choix, la mission considère que la refonte du socle de missions est un préalable. Celle-ci devrait, *a fortiori* dans ce cas, être menée en association notamment avec le ministère de la santé et de la prévention, et en co-construction avec les conseils départementaux et les villes délégataires. Cela permettra de bénéficier de leur expérience pragmatique et diversifiée, et de préparer pertinemment les synergies.

[19] La redéfinition du socle des missions devra prendre en compte notamment l'impact en santé publique de chacune des missions ; le coût de chacune des missions maintenue, reconfigurée ou nouvellement introduite dans le socle de missions révisé ; la possibilité ou non d'une prise en charge de certaines d'entre elles par d'autres acteurs.

[20] Une partie des missions maintenues, redéfinies ou nouvelles peut requérir un cadrage national, celles particulièrement dont la réalisation territoriale consolidée conditionne des résultats nationaux, ou qui mettent en œuvre un cadre juridique confirmé par ailleurs. Ce serait par exemple le cas d'une démarche épidémiologique, si elle est restaurée dans une dimension globale. Pour les autres missions, il importe au contraire de conférer, conformément à la cohérence d'une décentralisation, une réelle autonomie aux autorités territoriales concernées, pour leur permettre de prendre en compte des spécificités populationnelles ou organisationnelles, d'articuler les compétences nouvellement attribuées avec des politiques préexistantes, ou de les inscrire dans les cadres locaux de contractualisation.

[21] Un autre type de choix concerne les collectivités délégataires. La mission a envisagé différentes hypothèses comprenant celle d'une décentralisation dans un cadre variable, ouvert à plusieurs types de collectivités, même si ce cas de figure s'écarte quelque peu de l'orientation posée par la loi 3DS et de la lettre de commande de ce rapport. Il paraît nécessaire d'éviter la juxtaposition d'une compétence restant centralisée de santé scolaire, pour une partie du territoire, et pour d'autres parties la compétence de collectivités nouvellement investies. Ce cas de figure contraindrait le ministère de l'éducation nationale à maintenir, en principe en tous cas, les moyens de mise en œuvre et d'encadrement de la politique de santé scolaire, tandis que dans des secteurs géographiques éventuellement larges, la gestion correspondante serait devenue sans objet. Pour le ministère de l'éducation nationale, cette option serait désincitative des réformes nécessaires ; elle conforterait au surplus l'imbrication des compétences, génératrice d'opacité, dont les inconvénients ont été soulignés par la Cour des comptes et les chambres régionales des comptes dans leur rapport 2023 relatif à la décentralisation. La mission préconise la voie d'une décentralisation homogène aux conseils départementaux ; celle-ci permet, sur la base de l'accord des deux parties, des délégations de compétences pérennisant l'apport des délégations actuelles aux communes volontaires, et en élargissant éventuellement le cercle. Le cas échéant, la loi idoine de décentralisation pourrait intégrer des mesures favorisant en l'espèce de telles délégations.

[22] La décentralisation des compétences de santé scolaire confronte à une difficulté particulière de financement de cette mesure. En effet, la compensation des transferts de compétences obéit principalement au principe de la neutralité budgétaire, comprise comme un financement basé sur le coût effectif pour l'Etat de l'exercice de la compétence transférée, avant son transfert. C'est la méthode dite « du coût historique ». Ce mode de calcul n'apparaît cependant pas opérationnel s'agissant d'une politique très partiellement mise en œuvre par l'Etat. C'est le cas globalement ; c'est plus encore le cas dans les départements spécialement démunis en termes d'effectifs de santé scolaire. Le rapport évoque le cadre de voies complémentaires de

financement sans pouvoir être conclusif sur ce sujet majeur, qui devra en toute hypothèse être calé sur la base du socle revisité des missions.

[23] L'analyse de la politique actuelle de santé scolaire, de ses enjeux, de ses réalisations et de ses difficultés, de ses renoncements et lacunes, de son évolution constructive mais inachevée, confronte à des questions multiples et ne peut déboucher sur des préconisations anecdotiques.

[24] La conduite du changement nécessaire pour conférer plus d'effectivité à cette politique publique passe en toute hypothèse par des transformations. Elle a peu de chances d'aboutir à cadre normatif et surtout organisationnel constant. Les moyens qui lui seront alloués devront être en adéquation avec les priorités déterminées et les axes redessinés. Au-delà cependant d'une adaptation nécessaire mais frustrante du socle de missions aux effectifs disponibles pour le mettre en œuvre, la réforme à mener peut offrir l'opportunité d'une valorisation très accrue de la prévention, particulièrement par l'éducation à la santé et la prise en compte des déterminants externes de santé.

[25] La voie de la responsabilité prorogée du ministère en charge de l'éducation nationale oriente, pour une meilleure mise en œuvre, vers une territorialisation très accentuée à l'échelon départemental. La voie d'une décentralisation aux conseils départementaux, si elle est décidée, propose des complémentarités structurelles, à la condition de l'adéquation des modalités de sa réalisation.

[26] Quel que soit le choix retenu pour le portage institutionnel, la réponse, suggérée par l'ensemble des constats et des entretiens menés, à la question posée par la lettre de commande de ce rapport et par loi 2022-217 du 21 février 2022 est la co-construction.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

par ordre d'apparition dans le rapport

n°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
1	Pour la lisibilité et la cohérence budgétaires, regrouper au sein du programme 230 l'ensemble des moyens notamment humains qui portent la politique de santé scolaire.	DGESCO	PLF 2024
2	Pour un et un seul bilan de santé obligatoire et universel dans les premières années, fonder à court terme le bilan médical de la 6ème année et le bilan des 3/ 4 ans relevant de la PMI. Pour ce faire, confier aux Assises de la pédiatrie la détermination de l'âge pertinent pour ce bilan, et analyser les conditions de son universalité effective comme de sa mise en place dans une démarche de co-construction entre les ministères concernés et les conseils départementaux.	Saisine des Assises de la pédiatrie pour expertise : ministère de la santé et de la prévention, en lien avec le ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse	Juin-juillet 2023
		Préparation institutionnelle de cette réforme : ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse en lien avec le ministère de la santé et de la prévention, et avec les représentants des conseils départementaux	Juillet 2024
3	Pour des bilans ciblés postérieurs au bilan précoce systématique préconisé, prévoir la détermination des critères pertinents aux niveaux départementaux et infra-départementaux, en prenant en compte les caractéristiques propres aux bassins de vie ; veiller à une organisation d'ensemble des missions des professionnels de santé qui leur permette d'investir effectivement la fonction d'accueil de proximité et de dépistage.	Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse / conseils départementaux, en fonction des évolutions à venir	2023-2024

n°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
4	Diligenter une expertise juridique relative à la licéité d'un allégement du caractère annuel de l'avis médical d'aptitude préalable à l'affectation des élèves mineurs aux travaux réglementés. Etudier par ailleurs, en lien avec les responsables des programmes de formation, les possibilités de faire évoluer l'organisation des formations concernées pour que les avis médicaux puissent être disponibles antérieurement aux travaux pratiques en milieu dangereux.	Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse, et ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion	Six mois
5	Constituer rapidement une connaissance quantitative des PAI et PAP ; s'agissant des PAI, supprimer la validation par le MEN de l'avis médical établi par ailleurs et poursuivre dans la mesure du possible l'élaboration de protocoles simplifiés pour les maladies chroniques récurrentes ; diligenter une expertise visant à déterminer le contour d'un ciblage affiné des PAP et à préciser les adaptations corrélées pour leur mise en œuvre ; s'agissant des aménagements d'examen, simplifier et harmoniser la réglementation, et redonner pour sa mise en œuvre une place centrale aux chefs de centres d'examens.	Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse : DGESCO, DAJ / Ministère de la santé et de la prévention	Avril 2024
6	Structurer les métiers respectifs de médecin et infirmier scolaires autour de leurs rôles essentiels complémentaires : notamment, diagnostic et expertise pour les médecins, accueil de premier recours pour les infirmiers ; centrer le travail de l'ensemble des psychologues scolaires sur une mission d'écoute et de veille.	Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse (DGESCO) - Ministère de la santé de la prévention / conseils départementaux, en fonction des évolutions à venir	2023-2024
7	Rattacher les personnels de santé scolaire, les psychologues et les personnels de l'accompagnement social à des services santé-sociaux positionnés au niveau départemental ; sans obérer le travail dans les écoles et établissements, il s'agit afin d'instaurer une gestion cohérente et de faciliter coordinations et travail en équipes pluridisciplinaires.	Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse (Secrétariat général, DGESCO, DGRH) / conseils départementaux,	2023-2024

n°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
		en fonction des évolutions à venir	
8	Structurer un maillage territorial des services médico-sociaux scolaires à partir notamment des centres médico-sociaux existants ; réviser le mode de financement des CMS en le mettant à la charge de l'autorité responsable au premier chef de la politique de santé scolaire.	Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse / conseils départementaux, en fonction des évolutions à venir. Ministère de l'intérieur et des outre-mer (DGCL)	2023-2024
9	Confier la direction des services médico-sociaux départementaux à un membre de l'une des professions regroupées au sein de ce service, en fonction notamment de son expérience de gestionnaire et de coordonnateur. Doter rapidement ces services d'un effectif suffisant de secrétaires médico-scolaires.	Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse (DGESCO, DGRH) / conseils départementaux, en fonction des évolutions à venir	2023-2024
10	Travailler la refonte du socle de missions, indispensable en toute hypothèse, en préalable à une décentralisation. Structurer la redéfinition de ce socle en prenant en compte l'impact en santé publique de chacune des missions ; le coût de chacune des missions maintenue, reconfigurée ou nouvellement introduite dans le socle de missions revisité ; la possibilité ou non d'une prise en charge de certaines d'entre elles par d'autres acteurs ; le nécessaire équilibre entre les missions obligatoires dans leur principe et dans leurs modalités de réalisation, et les missions dont le principe ou les modalités de réalisation pertinentes relèvent de l'autorité territoriale compétente. Effectuer cette analyse et ces choix en association notamment avec le ministère de la santé et de la prévention, et en co-construction avec les conseils départementaux et les villes délégataires.	Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse (DGESCO) Ministère de la santé de la prévention Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion Ministère de l'intérieur et des outre-mer (DGCL) Représentants des conseils départementaux Représentants des villes délégataires	2025
11	Dans la voie d'une décentralisation, privilégier pour les personnels concernés un périmètre cohérent composé <i>a minima</i> des médecins et infirmiers de l'éducation nationale, des psychologues scolaires et des secrétaires médico-scolaires. Un transfert concomitant ou, si cela apparaît préférable, un peu	Gouvernement Parlement	2025

n°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
	différé des assistants de service social serait lui aussi cohérent avec l'exercice des missions au service des élèves, et générateur de synergies particulièrement nécessaires.		
12	<p>Pour une décentralisation cohérente, et pour préserver l'acquis de l'exercice actuel de la compétence de santé scolaire par des communes délégataires de l'État, privilégier le choix d'un transfert homogène aux conseils départementaux, ouvrant la possibilité de délégations aux communes volontaires.</p> <p>Favoriser si utile ces délégations, particulièrement celles qui concerneraient de façon mutualisée les compétences relevant anciennement de la santé scolaire et de la PMI, par des mesures inhérentes ou connexes à la loi de décentralisation idoine.</p>	Gouvernement Parlement	2025

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	8
RAPPORT	14
INTRODUCTION	14
1 UNE MISSION TRES PARTIELLEMENT ASSUMEE	16
1.1 CONTEXTE ET ENJEUX DE LA POLITIQUE DE SANTE SCOLAIRE.....	16
1.1.1 <i>Cadre et objet de la politique de santé scolaire en France</i>	17
1.1.2 <i>Un socle de missions très fourni, marqué par la démultiplication quantitative de certaines d'entre elles</i>	19
1.1.3 <i>Des enjeux majeurs, encore accrus dans la période récente</i>	22
1.2 DES MOYENS NE PERMETTANT QU'UNE PRISE EN CHARGE PARTIELLE ET DISPARATE DES MISSIONS	23
1.2.1 <i>Des effectifs non proportionnés</i>	24
1.2.2 <i>Des inégalités territoriales et sectorielles majeures</i>	26
1.2.3 <i>L'attrition explicite ou implicite des objectifs</i>	28
1.2.4 <i>L'absence de pilotage efficace tant au niveau national que territorial</i>	31
1.3 LES IMPENSES DE LA SANTE SCOLAIRE	35
1.3.1 <i>L'effritement des moyens internes aux écoles et établissements versus l'affirmation persistante de leur caractère essentiel</i>	36
1.3.2 <i>La quasi-absence d'articulation entre les interventions respectives des différentes catégories de professionnels en charge</i>	39
1.3.3 <i>La faible prise en compte du rôle des autres administrations, institutions et collectivités concernées</i>	41
2 POINTS DE PASSAGE NECESSAIRES POUR UNE POLITIQUE PLUS EFFECTIVE	46
2.1 L'IMPERATIVE REDEFINITION ET REORGANISATION DES MISSIONS : VOIES ET CHOIX	46
2.1.1 <i>Enjeux des bilans de santé et choix à opérer</i>	47
2.1.2 <i>La problématique des « travaux réglementés »</i>	58
2.1.3 <i>La « scolarisation inclusive » : quel rôle réaliste et pertinent des médecins scolaires ?</i>	65
2.2 LA NECESSAIRE STRUCTURATION ET REVALORISATION DES METIERS.....	70
2.2.1 <i>Quelle fonction essentielle pour les médecins, les infirmiers, les psychologues scolaires ?</i>	70
2.2.2 <i>Pour une structuration de services santé-sociaux</i>	72
2.2.3 <i>Quelle revalorisation possible des professions concernées et notamment de la profession médicale</i>	78
2.3 QUEL QUE SOIT LE PORTAGE INSTITUTIONNEL A VENIR, L'ARTICULATION A CONFORTER ENTRE SERVICES DE L'EDUCATION NATIONALE ET COLLECTIVITES TERRITORIALES	84
2.3.1 <i>Quel que soit le portage institutionnel d'ensemble, un partage de compétences au service de la santé scolaire</i>	84
2.3.2 <i>Une articulation territoriale plus nécessaire encore dans le contexte de pénurie de moyens et pour la construction de la refonte préconisée</i>	87
2.3.3 <i>Pertinence et difficulté pour l'éducation nationale d'une déconcentration départementale</i> 88	

3	ATOUTS ET CONDITIONS D'UNE DECENTRALISATION AUX CONSEILS DEPARTEMENTAUX	89
	
3.1	L'INTERET D'UNE COHERENCE ACCRUE AU SERVICE DES PARCOURS DE SANTE	89
3.1.1	<i>Avec l'abaissement de l'âge de la scolarité obligatoire, une perméabilité de fait entre PMI et santé scolaire</i>	89
3.1.2	<i>Une cohérence à conforter avec les compétences départementales et une approche de l'élève et de sa famille.....</i>	91
3.1.3	<i>Une couverture des services sur l'ensemble du territoire départemental ainsi qu'une souplesse de gestion</i>	92
3.2	LES CHOIX OUVERTS EN TERMES DE DECENTRALISATION AUX CONSEILS DEPARTEMENTAUX	93
3.2.1	<i>Choix pour le périmètre d'une décentralisation de la santé scolaire</i>	93
3.2.2	<i>Choix relatifs aux collectivités délégataires</i>	100
3.3	LES CONDITIONS D'UNE DECENTRALISATION AUX CONSEILS DEPARTEMENTAUX	103
3.3.1	<i>La nécessité d'un financement approprié</i>	103
3.3.2	<i>Les conditions relatives aux personnels concernés.....</i>	107
3.3.3	<i>Pour la préparation d'une décentralisation, la pertinence d'une co-construction</i>	109
	LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES	112
	SIGLES UTILISES	136
	LETTRE DE MISSION	138

RAPPORT

INTRODUCTION

[27] Par lettre du 16 septembre 2022, les ministres de l'intérieur et de l'outre-mer, de l'éducation nationale et de la jeunesse, de la santé et de la prévention ont chargé l'inspection générale de l'administration, l'inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche et l'inspection générale des affaires sociales de la réalisation du rapport au Parlement sur le devenir de la médecine scolaire prévu par l'article 144 de la loi 2022-217 du 21 février 2022, dite loi 3DS. Cette disposition est ainsi libellée : « *Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport retraçant les perspectives du transfert de la médecine scolaire aux départements, son coût, les modalités envisagées de recrutement et de gestion du personnel et les améliorations attendues sur le fonctionnement des différentes actions menées dans le cadre de la médecine scolaire. Ce rapport indique les moyens permettant, en l'absence d'un tel transfert, de renforcer la politique de santé scolaire et, en particulier, de renforcer l'attractivité des métiers concourant à cette politique. Il peut faire l'objet d'un débat en séance publique dans chacune des deux assemblées.* »

[28] Rappelant la teneur de cette disposition législative, la lettre de mission indique que les débats parlementaires afférents ont mis en lumière la nécessité de repenser le schéma actuel d'organisation de la santé scolaire ; comme la disposition votée, elle présente cependant une alternative entre décentralisation de la médecine scolaire, et renforcement de la politique de santé scolaire en l'absence d'un tel transfert. La lettre de mission demande que le présent rapport :

- réalise une revue des missions confiées à la médecine scolaire en identifiant les missions prioritaires, et vérifie leur adéquation aux moyens déployés ;
- précise les conditions nécessaires à une éventuelle décentralisation de la médecine scolaire ainsi que son impact tant en termes d'atteinte des objectifs fixés que d'impacts budgétaires, de gestion des ressources humaines, en examinant les avantages et les inconvénients du mode de gestion actuel et d'un modèle décentralisé ;
- étudie les principales modalités alternatives d'organisation permettant d'atteindre sur tout le territoire national les objectifs fixés par la loi à la médecine scolaire en mobilisant l'ensemble des acteurs nationaux et locaux concerné par la santé de l'enfant ; veille à en préciser la faisabilité opérationnelle notamment en matière sociale, de ressources humaines et de calendrier, ainsi que les modalités de gouvernance et de pilotage qui en découlent ;
- identifie les leviers d'amélioration de cette politique publique à cadre juridique constant ; examine en particulier les modalités de pilotage et d'organisation au niveau national et au niveau local ; s'attache à identifier les améliorations susceptibles d'être apportées à l'organisation en place et aux modes de travail de manière à renforcer les synergies entre l'ensemble des acteurs de la santé au sein et avec ses partenaires ainsi que l'attractivité des métiers de la santé scolaire ;

- s'attache à recueillir le point de vue d'un panel représentatif des collectivités et des autres parties prenantes concernées, des services académiques ainsi que des membres de la communauté éducative et en particulier celui des organisations syndicales représentatives des médecins et infirmiers scolaires.

[29] La médecine universitaire, non mentionnée par la lettre de mission, est hors champ. Relevant du principe d'autonomie des universités posé par la loi, elle est régie par un cadre juridique spécifique et a au demeurant fait l'objet de deux rapports récents.

[30] Le rapport a été réalisé par Béatrice Buguet-Degletagne pour l'IGAS et, pour l'IGESR, par Stéphane Elshoud et Frédéric Thomas. L'IGA a participé aux entretiens menés, et a apporté une contribution aux travaux effectués en vue de l'élaboration du rapport ; elle n'en est cependant pas cosignataire.

[31] La mission a été menée entre octobre 2022 et juin 2023. Outre l'analyse des documents et données disponibles ou demandées, la mission a pris l'attache de responsables relevant de l'administration centrale des ministères de l'éducation nationale et de la jeunesse, de la santé et de la prévention, de l'intérieur et des outre-mer, du travail, du plein emploi et de l'insertion, de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire ; de l'école des hautes études en santé publique, de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, d'élus et responsables administratifs des collectivités territoriales et de l'État dans douze départements, sept régions et huit académies ; à cet égard, les présidents de conseils départementaux rencontrés sont notamment ceux que l'association des départements de France avait invité à solliciter. La mission a également pris l'attache de professionnels de la santé scolaire et de l'accompagnement social, de membres des équipes de direction, enseignantes et de vie scolaire dans les départements visités, ainsi que d'experts, des services du Défenseur des droits, d'organisations et associations représentatives des collectivités territoriales et de leurs groupements, de l'association nationale des directeurs d'action sociale et de santé, des organisations syndicales représentatives des médecins et infirmiers scolaires, des organisations représentatives des parents d'élèves, de l'union nationale des associations familiales, de la fédération nationale des observatoires régionaux de santé.

[32] Ce rapport intervient après la remise, depuis 1990, d'une douzaine de rapports successifs portant directement sur la médecine scolaire et / ou la politique de santé scolaire, selon la liste probablement non exhaustive des documents dont la mission a pris connaissance¹ ; s'y ajoutent des analyses moins détaillées ou partielles dans de nombreux rapports connexes. Emanant d'intervenants, services ou institutions très divers, ils font de façon récurrente le constat d'une mise en œuvre lacunaire de ces politiques publiques, et de moyens ne permettant pas d'en atteindre les objectifs. Le rapport produit en 2004 par l'IGAS, l'IGAENR et l'IGEN soulignait un déficit de pilotage relatif à l'éducation à la santé en milieu scolaire. Les rapports récents produits en 2016 par les mêmes inspections et en 2020 par la Cour des comptes ont maintenu et élargi ce constat notamment aux disparités territoriales de dotations, à la gestion des métiers, au recueil des données et à l'hétérogénéité des logiciels professionnels.

[33] Les rapports produits interrogent peu, en revanche, les perspectives d'une éventuelle décentralisation, évoquées à plusieurs reprises dans les débats parlementaires et publics. Le

¹ Cf. bibliographie jointe.

positionnement institutionnel de la médecine scolaire a pourtant été fluctuant : après un développement, au XIXème et au début du XXème siècles, dans les collectivités locales, c'est une ordonnance du 18 octobre 1945 qui a créé un service national. Placé alors sous la tutelle du ministère de l'éducation nationale, il a été intégré en 1964 au sein des services sanitaires et sociaux, puis de nouveau transféré à partir de 1984 à l'éducation nationale. Lors des lois de décentralisation de 1982 et 1983, le transfert des services de santé scolaire vers les conseils départementaux a été envisagé mais, après de vifs débats, non retenu, contrairement à celui des services de la protection maternelle et infantile. De leur côté, certains services municipaux de santé scolaire ont poursuivi leur mission notamment par délégation de l'État.

[34] Le présent rapport analyse dans un premier temps les enjeux et principaux axes de la politique de santé scolaire et les moyens qui la servent, le cadre prévu pour son pilotage, son articulation ou non avec les autres services, collectivités et institutions concernées. Les constats correspondants conduisent à considérer que quels que soient les choix à venir en termes de portage institutionnel, des évolutions majeures doivent être conduites. Le rapport présente dans un deuxième temps les évolutions nécessaires relatives au socle de missions, à la valorisation et à la structuration des métiers, à l'articulation, dans un cadre décentralisé ou non, entre les services de l'éducation nationale et les collectivités territoriales. La troisième partie de ce rapport analyse les atouts d'une éventuelle décentralisation aux conseils départementaux, les voies qui se présentent pour une telle évolution, et les questions posées par son cadre financier.

[35] Ces différents volets reposent sur des données et approfondissements thématiques trop lourds pour une intégration systématique au propos, mais exposés dans les annexes produites. Celles-ci fournissent notamment une présentation du cadre normatif de la médecine scolaire, une mise en regard, par départements, du nombre d'élèves par médecin scolaire et du nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants, ainsi qu'une analyse détaillée des effectifs et du cadre d'intervention des personnels de santé scolaire et d'accompagnement social.

1 Une mission très partiellement assumée

1.1 Contexte et enjeux de la politique de santé scolaire

[36] L'organisation en France de la politique de santé scolaire, volet de la politique de santé de l'enfant, repose de façon originale sur le choix d'un exercice situé pour partie au sein des écoles et établissements scolaires, et s'articule autour de volets complémentaires : l'école comme support d'une politique de prévention ; l'école comme cadre privilégié pour l'éducation à la santé des enfants et adolescents ; l'école comme milieu de vie ayant en tant que tel des incidences sanitaires. Un socle de missions particulièrement fourni est marqué par la démultiplication quantitative de certaines d'entre elles. Les enjeux de cette politique publique sont encore accrus dans la période récente par l'acuité notamment des problématiques de santé mentale, et par les pénuries de personnels de santé susceptibles par ailleurs d'examiner les enfants comme le cas échéant de les prendre en charge.

1.1.1 Cadre et objet de la politique de santé scolaire en France

[37] La convention internationale des droits de l'enfant, traité international adopté par l'assemblée générale des Nations unies en 1989 et ratifié par près de deux cents États dont la France, énonce en son article 3 : « *Les États parties s'engagent à assurer à l'enfant **la protection et les soins nécessaires à son bien-être**², compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées* » ; « *les États parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la **santé** et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié.* »

[38] Les sources disponibles s'agissant de pays comparables à la France montrent la diversité des organisations institutionnelles adoptées en matière de santé de l'enfant, qu'il conviendrait d'apprécier au regard de l'organisation globale des systèmes de santé respectifs : organisations souvent décentralisées³, prises en charge dans différents pays au sein de centres dédiés, le choix français d'un exercice situé pour partie au sein des établissements scolaires ayant été analysé comme une exception⁴. En France, institutionnellement, la politique de santé scolaire, centralisée en 1945, a connu comme indiqué des rattachements divers et relève depuis 1991⁵ du ministère en charge de l'éducation nationale.

[39] Le champ de la mission de promotion de la santé à l'école, notion désignant ici la globalité de la politique de santé scolaire⁶, est défini dans le code de l'éducation (art. L. 121-4) par sept axes : la mise en place d'un environnement scolaire favorable à la santé ; 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 ; la participation à la politique de prévention sanitaire mise en œuvre en faveur des enfants

² Les mentions soulignées ici le sont par la mission.

³ Cf. par exemple analyse des règles en vigueur en matière d'objectifs et d'organisation de la médecine scolaire ou de ses équivalents en Belgique, au Danemark, aux Pays-Bas et en Suède in « *La médecine scolaire et la santé à l'école* », Sénat, direction de l'initiative parlementaire et des délégations, note établie à la demande de Maryvonne Blondin, sénatrice du Finistère, décembre 2011.

⁴ « *School health promotion : organization of services and roles of health professionals in seven European countries* », D. Jourdan, D. Pommier, 2009.

⁵ Ce dernier rattachement a été opéré entre 1984 et 1991. Cf. annexe 1, bref historique du positionnement institutionnel de la médecine scolaire.

⁶ La notion de promotion de la santé recouvre dans le code de l'éducation un champ très large, comprenant tous les volets de la politique de santé scolaire, y compris la mise en place d'un environnement scolaire favorable à la santé. *A contrario*, pour les institutions et administrations sanitaires, la promotion de la santé est un volet complémentaire à d'autres (cf. par exemple l'exposé des motifs de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 : « *L'amélioration de l'état de santé de la population est bien évidemment un objectif primordial. Cette ambition est désormais inséparable de la volonté d'agir sur les déterminants de la santé en améliorant les conditions de vie : cette ambition fondatrice de la démarche qu'il est convenu de nommer « promotion de la santé », complémentaire de l'investissement dans la prévention et l'éducation pour la santé, est dorénavant inscrite au fronton des finalités de la politique de santé. C'est l'objet des dispositions introduites à l'article L. 1411-1-1 pour promouvoir la création d'environnements favorables à la santé, en particulier en milieu scolaire /.../* ».

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 ; 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 ; 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 ; la détection précoce des problèmes de santé physique ou psychique ou des carences de soins pouvant entraver la scolarité ; l'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisé des élèves ; la participation à la veille épidémiologique par le recueil et l'exploitation de données statistiques.

[40] Cette définition s'inscrit dans l'approche globale de la santé retenue depuis plus de vingt ans sous l'impulsion de l'organisation mondiale de la santé (OMS)⁷, qui comprend tant les éléments médicaux *stricto sensu* que les déterminants de santé⁸ et concerne la santé physique comme la santé psychique : comme l'a rappelé très clairement un rapport parlementaire de 2018⁹, « *la santé des populations résulte d'interactions entre différents facteurs, qui sont qualifiés de déterminants de santé (niveau de revenu, éducation, habitudes de santé, conditions de travail, risques environnementaux, logement, travail, système de soins...).* Ces déterminants peuvent être répartis en deux grandes catégories : les déterminants individuels de santé, qui résultent des comportements de chacun, plus ou moins favorables à la santé, et les déterminants environnementaux, qui s'imposent aux individus ». Dans ce cadre, la politique de santé scolaire a trois fondements majeurs :

- l'école accueillant la presque totalité de chaque génération, elle peut être considérée comme le support d'une politique de prévention *via* notamment les bilans de santé permettant, individuellement, les diagnostics précoces et si besoin l'orientation vers le soin ; permettant aussi, collectivement, une contribution précieuse à l'épidémiologie ;
- les établissements scolaires étant des milieux de vie au sens de l'article L.1311-6 du code de la santé publique¹⁰, la prise en compte des déterminants de santé y constitue en elle-même une importante composante de la politique de santé pour les occupants de ces locaux, tout particulièrement les enfants et adolescents ;

⁷ L'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Préambule à la Constitution de l'OMS, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, juin 1946).

⁸ Selon l'OMS, les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie.

⁹ « *Rapport en conclusion des travaux de la mission relative à la prévention santé en faveur de la jeunesse* », Cyrille Issac-Sibille et Ericka Bareights, députés, Assemblée nationale, septembre 2018.

¹⁰ L'article L1311-6 CSP, instauré par la loi 2004-806 du 9 août 2004, pointe « *les effets sur la santé des agents chimiques, biologiques et physiques présents dans les différents milieux de vie, y compris le milieu de travail, ainsi que ceux des événements météorologiques extrêmes* » et la nécessité de la prévention à cet égard (ici : par la voie d'un plan national de prévention des risques correspondants pour la santé).

- l'école ayant légalement vocation à instruire, éduquer et participer à l'insertion des élèves dans la société, elle constitue un cadre privilégié pour l'éducation à la santé des enfants et adolescents.

[41] La politique de santé scolaire est un volet de la politique de santé de l'enfant, et la qualité de l'articulation d'ensemble est une condition de l'efficacité de l'une et de l'autre. La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 « de modernisation de notre système de santé » présente expressément la politique de santé comme une démarche d'intégration de l'ensemble des actions et des dispositifs concourant à la protection de la santé¹¹, le chapitre premier du titre premier de la loi étant intitulé « Soutenir les jeunes pour l'égalité des chances en santé ». En novembre 2016, une « convention cadre de partenariat en santé publique » signée entre le ministère de l'éducation nationale et celui des affaires sociales et de la santé a visé à « renforcer les interactions positives entre la santé et l'éducation, notamment en faveur des plus fragiles ». Au sein de la stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022, différents objectifs ont été fixés à la santé scolaire au sein d'un volet ciblé sur les « priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune »¹².

1.1.2 Un socle de missions très fourni, marqué par la démultiplication quantitative de certaines d'entre elles

[42] En vision longue, la notion de promotion de la santé a progressivement pris place à côté du suivi sanitaire. Ceci explique un glissement sémantique, et de fond, de la « médecine scolaire » basée sur les actes cliniques des médecins, à la « santé scolaire » qui comprend également l'éducation à la santé dans le cadre d'une démarche de prévention¹³, ainsi que la prise en compte des déterminants de santé, leur connaissance et l'adoption sur cette base de mesures préventives ou correctrices.

[43] Le socle constitué aujourd'hui de l'article L. 121-4 du code de l'éducation cité *supra* n'épuise pas l'énoncé des missions relevant de la santé scolaire. Pour les seules interventions incombant aux médecins de l'éducation nationale (MEN), il existe un socle normatif fourni, réparti dans différents codes et dont l'analyse conduit à distinguer plus de vingt types de travaux à accomplir¹⁴. Les normes les plus nombreuses relèvent des codes de l'éducation et de la santé publique, qui énoncent les dispositions de niveau législatif relatives à ces missions. Des normes de niveau réglementaire figurent dans ces deux mêmes codes, mais aussi dans le code du travail, et

¹¹ « La politique de santé se présente comme une démarche d'intégration de l'ensemble des actions et des dispositifs concourant à la protection de la santé, démarche capable de dépasser les cloisonnements, financiers ou culturels, qui distinguent colloque singulier et médecine communautaire, prévention et soin, sanitaire et médico-social, santé publique et assurance maladie » : loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, extrait de l'exposé des motifs.

¹² « Faciliter la mise en œuvre des actions de promotion de la santé dans tous les milieux de vie », « améliorer le repérage et la prise en charge précoce des troubles et maladies de l'enfant », « poursuivre l'adaptation de l'offre de soins aux spécificités des enfants et des adolescents », « améliorer l'accompagnement et l'insertion sociale des enfants handicapés » (« l'insertion sociale et scolaire des enfants handicapés est un enjeu majeur pour leur état de santé »).

¹³ « Organisation. Prise en charge et suivi des élèves - Santé scolaire », Litec Le dirigeant territorial Fasc. 2284 1, maj 14 janvier 2021.

¹⁴ Cf. annexe 2.

marginale dans d'autres codes (code du sport, code rural et de la pêche maritime). Une partie des textes réglementaires n'est en outre pas codifiée.

[44] L'étude de ces textes comme celle des circulaires successives¹⁵ révèle depuis quelques dizaines d'années une stabilité thématique des principales orientations, dont les déclinaisons ont cependant évolué au fil de la demande sociale ou sociétale, et de nombreux textes de loi. Par exemple, la thématique du handicap faisait l'objet de plusieurs occurrences dans la circulaire de 1991 ; la loi 2005-102 du 11 février 2005¹⁶ a cependant suscité la formulation de tâches nouvelles, telle l'instauration en 2006 de l'article D312-6 du code de l'éducation relatif aux modalités de la participation de candidats handicapés physiques ou les inaptes partiels scolarisés à des épreuves physiques et sportives d'examen, et au travail correspondant incombant aux médecins de l'éducation nationale (MEN). Parmi les principales lois ayant parfois créé, le plus souvent démultiplié certains aspects de la politique de santé scolaire, on peut citer sans exclusive la loi précitée du 11 février 2005, la loi 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation « pour la refondation de l'école de la République » qui a affirmé la thématique de l'école inclusive et a notamment créé les plans d'accompagnement personnalisé (PAP), ou encore la loi 2019-791 du 26 juillet 2019 dite « pour une école de la confiance ». Dès 2011, le rapport publié alors par la Cour des comptes notait qu'en l'absence de réelle coordination, « la parution de textes pendant la décennie 1990 ciblant des thématiques particulières (lutte contre le tabac, les drogues, les conduites à risques, le SIDA), renforce l'impression d'éparpillement ». Depuis juin 2000, pour le seul article L. 541 1 précité du code de l'éducation, huit versions de cet article se sont succédé, de plus en plus étoffées.

[45] A un corpus normatif particulièrement lourd, les circulaires émises par le ministère en charge de l'éducation nationale ou les modes d'organisation adoptés par les services ajoutent encore certaines missions. Par exemple, pour les plans d'accompagnement personnalisés (PAP), l'article D311-13 du code de l'éducation requiert l'avis du MEN pour apprécier la nécessité de faire bénéficier un élève d'un plan, mais ne demande pas aux médecins de participer à l'élaboration de ce plan non plus que de donner un avis sur le plan lui-même¹⁷. La circulaire 2015-016 du 22 janvier 2015 sur le plan d'accompagnement personnalisé charge cependant le MEN de donner un avis « sur la mise en place d'un plan d'accompagnement personnalisé »¹⁸ et de fait, en l'absence d'autre responsable désigné de l'élaboration même du plan, c'est aussi le MEN qui en est chargé. De même, la réglementation n'édicte pas de rôle spécifique des MEN dans l'élaboration ou la validation des aménagements pour les examens scolaires de tous types prévus par l'art. L. 112-4

¹⁵ Circulaire 91-148 du 14 juin 1991 : missions et fonctionnement du service de la promotion de la santé en faveur des élèves. Circulaire 2001-012 du 12-1-2001 : orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves. Circulaire 2015-117 du 10-11-2015 : politique éducatives sociales et de santé en faveur des élèves.

¹⁶ Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

¹⁷ Contrairement aux projets d'accueil individualisés (PAI), qui doivent être élaborés avec le concours du médecin de l'éducation nationale (art. D351-9 du code de l'éducation).

¹⁸ « Le constat des troubles est fait par le médecin de l'éducation nationale ou par le médecin qui suit l'enfant, au vu de l'examen qu'il réalise et, le cas échéant, des bilans psychologiques et paramédicaux réalisés auprès de l'élève. À la suite de ce constat, le médecin de l'éducation nationale donne un avis sur la mise en place d'un plan d'accompagnement personnalisé. Pour les élèves de l'enseignement agricole, cet avis est formulé par un médecin désigné par l'autorité académique compétente. »

du code de l'éducation, les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ayant, de façon générique, à désigner un médecin sans précision de statut ; pour autant, la circulaire idoine du 8 décembre 2020¹⁹ oriente vers le MEN, indiquant notamment pour une partie des dossiers que « *afin de simplifier la procédure, la présence du médecin de l'éducation nationale, s'il est désigné par la CDAPH est à privilégier dans la mesure du possible lors de l'étude du dossier par l'équipe pédagogique* ».

[46] Dès 2011, un rapport remis par la Cour des comptes au comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale observait que « *l'énoncé des objectifs par les circulaires fixant les missions des médecins et des infirmières scolaires atteint une dimension qui défie toute capacité de mise en œuvre à un échelon individuel* ». L'acuité de ce constat est encore plus grande aujourd'hui, sous l'effet de l'ajout de multiples tâches. De rares exemples de suppression d'autres travaux, notamment pour les MEN la responsabilité du bilan des douze ans confié depuis 2015 aux infirmiers²⁰, sont venus tempérer partiellement cette évolution ; à aucun moment cependant, le poids des missions ajoutées ou plus rarement supprimées n'a été évalué afin de tendre vers un équilibre d'ensemble ou d'opérer des choix dimensionnés en prenant en compte les effectifs disponibles.

[47] Les missions incombant aux personnels de santé sont, selon les cas, individuelles ou collectives²¹. Le suivi individualisé des élèves constitue un enjeu de politique publique affirmé et jamais démenti par les décideurs publics. Depuis l'ordonnance de 1945²², le bilan médical de la sixième année²³ relevant des MEN est ainsi une priorité institutionnelle, réaffirmée par la loi sur l'école de confiance²⁴, s'articulant en principe avec celui effectué par la PMI et le bilan des douze ans²⁵. Ce suivi de la santé des élèves doit comporter aussi des examens ou consultations à la demande des élèves, des familles et des équipes éducatives, ainsi que les « travaux réglementés », expression désignant les visites préparatoires à la délivrance annuelle d'un avis médical d'aptitude pour les jeunes en formation professionnelle, lorsque ces formations comportent des travaux dangereux²⁶. Classée dans les actions spécifiques en 2001, la scolarisation des élèves à besoins particuliers, parmi lesquels les élèves en situation de handicap, représente depuis la loi de février 2005 un volet important et croissant de l'accompagnement des élèves, en termes de ressources mobilisées²⁷.

¹⁹ Circulaire MENJS - DGESCO A1-3 - MPE - MESRI - DGESIP A1-2 - DGESIP A1-3 du 8-12-2020 relative à l'organisation de la procédure et aux adaptations et aménagements des épreuves d'examen et concours pour les candidats en situation de handicap.

²⁰ 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.

²¹ La circulaire de 1991 utilise les termes d'« actions de portée générale » et d'« actions sélectives ».

²² 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.

²³ Art. 1er de cette ordonnance : « *Au cours de leur sixième année, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale. Cette visite, à laquelle les parents ou tuteurs sont tenus, sur convocation administrative, de présenter les enfants, ne donne pas lieu à contribution pécuniaire de la part des familles.* »

²⁴ L. 541-1 du code de l'éducation.

²⁵ 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.

²⁶ Cf. *infra*, 2.2.3.

²⁷ En 2020-2021, 260 000 élèves en situation de handicap, dont 200 400 en milieu ordinaire et 59 600 dans les établissements hospitaliers ou médico-sociaux (« *L'éducation nationale en chiffres* », MENJ 2020-2021).

[48] Les actions collectives recouvrent notamment la participation aux dispositifs de prévention et d'éducation à la santé, la veille épidémiologique, la formation (par les infirmiers) ou la contribution à la formation (par les médecins), la surveillance de l'environnement scolaire. Les rapports successifs et la plupart des interlocuteurs rencontrés observent que devant l'impossibilité de prendre en charge l'ensemble des missions, celles à vocation collective sont le plus souvent délaissées, sans homogénéité sur le territoire.

[49] D'autres activités qualifiées de spécifiques relèvent de situations d'urgence ou exceptionnelles, comme la gestion d'événements traumatiques ou celle d'une crise sanitaire. En tant qu'experts en santé publique, les professionnels de santé ont ainsi été des « points de contacts » dans la gestion de la Covid 19 et se sont situés à l'interface entre les autorités académiques (recteurs, DASEN²⁸), sanitaires (ARS²⁹) et les collectivités territoriales.

1.1.3 Des enjeux majeurs, encore accrus dans la période récente

[50] Les institutions et administrations en charge, comme la doctrine et les sociétés savantes, soulignent de façon constante l'intérêt et l'importance d'une politique précoce de santé. En témoignent par exemple ces extraits de la stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022 : « *Le repérage et la prise en charge précoce des troubles sensoriels, des troubles du langage et des troubles du comportement et autres troubles du neurodéveloppement conditionnent la qualité des apprentissages, nécessaires à la réussite éducative et scolaire des enfants et des adolescents* » ; « *en matière de nutrition, les bons repères alimentaires s'apprennent dès l'enfance* » ; « *Les troubles psychiques ont un poids important chez les plus jeunes* », etc.

[51] Le dossier préparatoire de cette SNS fournissait quelques données chiffrées : « *En 2013, 7 % des enfants de 3 ans ½ présenteraient un retard significatif du développement du langage oral, 8,5 % à 13 % des enfants de CE1 auraient un retard significatif en lecture, et de 6,6 % à 7,5 % présenteraient une forme spécifique, sévère et durable des troubles du langage écrit (dyslexie, dysorthographe) ; les troubles d'acquisition des coordinations concerneraient 6 % des enfants entre 5 et 11 ans ; le trouble déficit d'attention / hyperactivité concernerait de 3 à 5 % des enfants de 6 à 12 ans* ». « *Les troubles psychiques constituent en 2015 le premier motif d'admission en affection de longue durée des moins de 15 ans* ». « *En 2010, près de 2 % des femmes et 0,4 % des hommes de 15-19 ans ont fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois. La moitié des troubles mentaux se déclarent avant l'âge de 14 ans.* »

[52] Le rapport remis en 1997 par le Haut comité de la santé publique³⁰ documente, s'il en était besoin, l'acuité des enjeux dès la période de rattachement de la politique de santé scolaire à l'éducation nationale : « *La bonne santé apparente des enfants et des adolescents ne saurait faire illusion. Dès la maternelle, on constate des troubles sensoriels (anomalies de l'acuité visuelle et de l'audition), bucco-dentaires et psychoaffectifs. Si, pour la première année de la vie, le nombre de décès annuels (dépassant 4 500 en 1993) est du même ordre de grandeur que celui observé dans les pays voisins, cette comparaison tourne à notre désavantage pour la seconde tranche d'âge de vulnérabilité, celle des 15-24 ans (plus de 6 000 décès en 1993). À cet âge, 71 % des décès sont de*

²⁸ Acronyme de : directeurs académiques des services de l'éducation nationale.

²⁹ Agences régionales de santé.

³⁰ « *Santé des enfants, santé des jeunes* », Haut comité de la santé publique, juin 1997.

nature violente, principalement par accidents et suicides (respectivement près de 3 000 et 1 000 décès en 1993), les maladies ne représentant que 12 % des causes de décès. Toutes les formes de violence exprimée ou subie, les tentatives de suicide et les consommations de substances licites (tabac, alcool) ou non (stupéfiants, psychotropes, tranquillisants hors prescription médicale), témoignent d'une souffrance et d'un malaise pouvant remonter à la petite enfance, et qui perturbent l'univers affectif, mental et physique des enfants ».

[53] Dans la période récente, les professionnels soulignent particulièrement les problématiques de santé mentale, ainsi que le caractère massif des difficultés générées au sein même des établissements scolaires par les harcèlements : *« En France le nombre d'enfants harcelés chaque année dans leur environnement scolaire est estimé à environ 700 000. Un chiffre alarmant au regard de l'importance des conséquences du harcèlement sur les victimes, tant sur leur santé mentale que sur leur droit à l'éducation. Difficultés scolaires, absentéisme, voire déscolarisation, mal être, angoisse, voire dépression, pouvant aller jusqu'au suicide, l'actualité nous rappelle régulièrement les effets dramatiques de ce phénomène. »*³¹

[54] Les enjeux d'une politique de santé scolaire efficace sont accrus par la pénurie de personnels de santé susceptibles de prendre les enfants en charge, soulignée notamment par le récent rapport IGAS relatif à la pédiatrie et à l'organisation des soins de santé de l'enfant en France³² : *« Les différentes composantes de la médecine ambulatoire de l'enfant sont en crise. Dès 2006, le Pr Sommelet, dans son rapport de référence sur la santé de l'enfant et de l'adolescent, soulignait l'importance des problématiques démographiques en matière de médecine de ville de l'enfant ; les difficultés se sont accrues depuis, même si le nombre de pédiatres formés a été sensiblement relevé. /.../ Actuellement, 8 départements connaissent une densité inférieure à un pédiatre pour 100 000 habitants et l'âge moyen des pédiatres libéraux laisse présager une aggravation de la situation puisque 44 % d'entre eux ont plus de 60 ans. »* La Défenseure des droits³³ déplore entre autres *« la faiblesse de l'offre de soin en matière d'orthophonie, notamment dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, où les enfants doivent parfois attendre jusqu'à un an pour obtenir un rendez-vous. Leur rôle est pourtant crucial dans le cadre de la détection et du traitement des troubles de la communication orale et écrite, chez l'enfant et l'adolescent ».*

1.2 Des moyens ne permettant qu'une prise en charge partielle et disparate des missions

[55] Les moyens dédiés à la mise en œuvre de la politique de santé scolaire ne sont pas regroupés de façon homogène au sein du programme budgétaire 230³⁴, ce qui en altère la lisibilité. Au-delà, une partie de ces moyens relève des actions menées par les collectivités territoriales dans leurs propres domaines de compétence relatifs tout particulièrement à la gestion des écoles et établissements. Les moyens sont appréhendés ici sous l'angle, très conséquent, des personnels gérés par l'éducation nationale.

³¹ « Santé mentale des enfants : le droit au bien-être », Défenseur des droits, rapport 2021

³² « La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France », IGAS, mai 2021

³³ Rapport 2021 cité.

³⁴ Programme budgétaire « Vie de l'élève », qui accueille en principe les moyens dédiés à la santé scolaire, cf. annexe 7.

1.2.1 Des effectifs non proportionnés

[56] Les personnels identifiés comme « personnels de santé » au sein de l'éducation nationale sont exclusivement les médecins et infirmiers³⁵ ; la mission considère que s'y ajoutent³⁶ les psychologues de l'éducation nationale, particulièrement à ce stade ceux qui exercent en tant que psychologues scolaires, en pratique dans le premier degré sous la spécialité « éducation, développement et apprentissages » (EDA)³⁷, et qu'il importe de retenir l'utilité des secrétaires médico-scolaires, nécessaires au fonctionnement des centres médico-scolaires (CMS). Par ailleurs, un accompagnement social effectif est une condition de l'accomplissement d'une partie des missions de santé scolaire ; il convient donc aussi de prendre en compte les effectifs d'assistants de service social.

[57] Les effectifs de médecins de l'éducation nationale, hors médecins conseils, s'établissent selon les données publiées dans les annexes budgétaires à 843 personnes physiques pour l'année scolaire 2021-2022, soit 818,59 équivalents temps plein (ETP) au 31 octobre 2022³⁸. Le plafond d'emplois, fixé à 1 504,11 ETP au 1er septembre 2022, est donc sous-consommé à hauteur de 687,41 ETP. Encore une partie notable de l'effectif (18 % pour 2019) est-elle composée de médecins de secteur qui ne sont pas en poste, mais placés dans d'autres positions : congé parental, détachement, détachement sur emploi fonctionnel, ou disponibilité.

[58] Alors que les rapports précédents ont tous constaté l'impossibilité de mener à bien les missions imparties avec les effectifs disponibles, la baisse de ces effectifs se poursuit et s'accélère, sous l'effet notamment du vieillissement des médecins en poste et d'une faible attractivité de la fonction, qui minore considérablement les flux de recrutement³⁹. L'évolution des effectifs de médecins de secteur en personnes physiques montre une baisse continue et forte, de 35 % sur 10 ans, entre l'année scolaire 2012-2013 et l'année scolaire 2021-2022. En ETP, la mission n'a pu obtenir les chiffres annuels sur l'ensemble de la période, mais les données disponibles montrent que l'effectif de médecins a été divisé par plus de deux entre 1996 et 2022.

[59] Sans que l'attrition des effectifs infirmiers de l'éducation nationale soit comparable, les données en effectifs personnes physiques⁴⁰ documentent pour le dernier exercice une baisse de 11 %, qui met fin à la stabilité antérieure dans le temps. Selon les documents joints au projet de loi de finances 2023, l'effectif d'infirmiers de l'éducation nationale, hors infirmiers conseils, s'établit à 7579 personnes physiques pour l'année scolaire 2021-2022. L'évolution à la baisse, depuis 2017, du ratio postes pourvus / postes ouverts au recrutement dénote selon toutes apparences une attractivité altérée⁴¹. En outre, même si la pyramide des âges est moins

³⁵ Cf. notamment présentation annuelle du programme 230 dans les projets annuels de performance successifs, et annexe 7.

³⁶ En tant que professionnels assimilés à la santé, les psychologues n'étant pas des professionnels de santé selon le code de la santé publique.

³⁷ Cf. annexe 4. S'agissant des psychologues de l'éducation nationale qui exercent en collège et plus particulièrement en lien avec l'orientation, cf. *infra*.

³⁸ Selon la direction générale des ressources humaines du ministère de l'éducation nationale. Ces données sont affectées de plusieurs imprécisions, détaillées en annexe 4.

³⁹ Cf. annexe 5.

⁴⁰ Données présentées dans les annexes aux projets de lois de finances successifs, affectées d'imprécisions comme celles relatives aux médecins de l'éducation nationale, cf. annexe 4.

⁴¹ Cf. annexe 4.

défavorable pour les infirmiers que pour les médecins, elle dessine des flux croissants de départs prévisionnels en retraite dans les années à venir ; la moyenne d'âge s'établit en 2021 à 48,9 ans pour les infirmiers titulaires relevant de l'enseignement scolaire.

[60] L'effectif de psychologues du premier degré (les EDA), dont la mission n'a pu obtenir l'actualisation demandée, représentait selon le rapport 2020 de la Cour des comptes 3 893 ETP au 30 novembre 2018 ; il faut souligner que, par exception, cet effectif était en augmentation de 9 % par rapport au 30 novembre 2013⁴². Si l'on considère que ces psychologues exercent uniquement dans le premier degré, cet effectif se traduit par une moyenne (théorique, au regard des disparités territoriales) de 12,6 écoles à la charge de chaque psychologue, ou encore un effectif moyen de 1686 élèves⁴³. Si l'on considérait que les besoins en accompagnement psychologique ne cessent pas avec le passage dans le second degré et que l'on calculait en conséquence ces ratios en prenant aussi le secondaire en compte, ils seraient bien entendu encore plus élevés⁴⁴. Au surplus, de l'avis de tous les professionnels de santé, éducatifs et de vie scolaire rencontrés, les besoins par élève se sont notablement accrus depuis la pandémie de la Covid 19 et les mesures notamment de confinement qui ont été décidées.

[61] Selon la DGRH du ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse, les assistants de service social représentent 2 746 personnes physiques au 1er octobre 2022, hors les 331 conseillers techniques et coordonnateurs de bassins. En termes d'écoles et établissements du second degré, cet effectif signifie que dans l'hypothèse d'une répartition homogène, chacun d'entre eux, quelle que soit sa quotité de travail, aurait en charge les suivis et interventions nécessaires dans plus de vingt écoles et établissements. Dans différents départements visités, les interlocuteurs rencontrés ont souligné que l'effectif d'assistants de service social réduit en pratique leur rôle, pour l'essentiel, à des signalements⁴⁵, à l'exclusion de la plupart des actions de prévention et de suivi qui seraient nécessaires. Cet avis doit probablement être nuancé dans la mesure de l'implication de ces personnels dans le dispositif de lutte contre le harcèlement scolaire.

[62] La disproportion entre les effectifs des personnels de santé au sein de l'éducation nationale et les missions, croissantes, qui leur sont assignées est un constat récurrent. En 2006 déjà, le Pr Danièle Sommelet écrivait : « *les tâches de prévention attribuées aux médecins et infirmières scolaires ne cessent d'augmenter au fur et à mesure de la sortie de nouveaux textes réglementaires sans tenir compte de la faiblesse de leurs moyens : un médecin d'Éducation Nationale pour 7 500 à 12 000 élèves (1 350 titulaires, formés à l'École Nationale de Santé Publique de Rennes, dont 120 médecins conseillers techniques ; une infirmière scolaire pour 1 840 élèves)* »⁴⁶. Aujourd'hui, l'effectif de médecins de l'éducation nationale a encore diminué de plusieurs centaines par rapport à ces

⁴² Cette évolution s'explique pour partie par la diminution qui les avait affectés dans la cadre de la RGPP entre 2008 et 2012, voir en ce sens « *L'organisation, le fonctionnement et l'évaluation des effets des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté* » IGESR, janvier 2022.

⁴³ En 2020-2021, 48 950 écoles et 6 565 850 élèves dans le premier degré, selon « *L'éducation nationale en chiffres* », MENJ, 2021.

⁴⁴ 12 809 200 élèves et apprentis dans les premier et second degrés selon la même source, d'où, avec le même effectif de psychologues, un ratio théorique de 3290 élèves par psychologue de la filière « EDA » de l'éducation nationale.

⁴⁵ Informations préoccupantes sur la situation d'un mineur adressées à l'autorité départementale (art. R226-2-2 du code de l'action sociale et des familles) ou signalements adressés à l'autorité judiciaire.

⁴⁶ « *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé* », Professeur Danièle Sommelet, rapport au ministre des solidarités, de la santé et de la famille, 28 octobre 2006.

données⁴⁷, et le ratio d'un médecin de l'éducation nationale pour 12 000 élèves n'est plus observé que dans les académies les moins désertées à cet égard.

1.2.2 Des inégalités territoriales et sectorielles majeures

[63] Les ressources effectivement disponibles de personnels de santé et d'accompagnement social relevant de l'éducation nationale sont réparties de façon très inégalitaire sur le territoire ; c'est particulièrement vrai des effectifs médicaux, mais ce constat concerne aussi les autres professions de santé.

[64] Le rapport remis par la Cour des comptes en 2020⁴⁸ établit que fin 2018, tandis que dans les vingt-quatre départements à la situation la moins défavorable, l'effectif de médecins scolaires correspondait à moins de 10 000 élèves par médecin, au contraire dans les neuf départements en situation particulièrement critique, ce ratio était supérieur à 30 000 ; parmi ces neuf départements deux d'entre eux, l'Indre et Mayotte, ne disposaient d'aucun médecin scolaire. L'actualisation menée sur la base des données 2021 et 2022⁴⁹ confirme que ces écarts perdurent, et même augmentent dans les extrêmes. Notamment, le nombre de départements métropolitains totalement dépourvus de médecins scolaires de secteur augmente. C'est aussi le cas dans les académies de Mayotte et de la Guyane, tandis que trois autres académies présentent, malgré les écarts interdépartementaux qui globalement lissent les données à la maille des académies, un ratio de plus de 30 000 élèves par ETP de médecin (plus de 54 000 dans l'académie de Créteil). Les données relatives aux départements visités ont montré que les disparités infra-académiques et infra-départementales sont elles-mêmes très fortes.

[65] Les écarts sont moindres, mais considérables aussi, s'agissant des effectifs d'infirmiers. Les données départementales au 30 novembre 2018 montraient que le ratio du nombre d'élèves par ETP de personnel infirmier variait, aux extrêmes, entre 680 et 2095 élèves, soit un écart de 1 à 3, sans qu'il s'agisse de situations isolées. En sus des inégalités territoriales, la répartition des ressources par types d'établissements est elle aussi très inégalitaire, comme le montrent les données collectées sur ce point pour le présent rapport⁵⁰.

[66] Le déséquilibre le plus évident caractérise les moyens affectés respectivement aux premier et second degrés. Le premier degré apparaît sous-doté, bien que les affectations mixtes 1er degré (public) et collèges ne permettent pas d'appréhender complètement ce sous-investissement : les infirmiers sont en effet affectés soit à un établissement public local d'enseignement (EPL), soit en poste inter degrés comprenant les collèges et écoles du secteur d'activité. Pour les infirmiers en poste inter degrés, la circulaire en vigueur prévoit que « *les autorités académiques veillent au juste équilibre des emplois du temps entre le collège d'affectation et les écoles du secteur de recrutement* ». Les visites dans différentes académies ont cependant montré que l'intervention des infirmiers dans le premier degré est rarement homogène d'un territoire à un autre : la présence des infirmiers dans les écoles est généralement bien plus faible qu'au collège de rattachement. Ce déséquilibre est acté par plusieurs circulaires académiques et nationales, qui

⁴⁷ Cf. annexe 4.

⁴⁸ Cf. Cour des comptes, rapport 2020 cité, annexe 10, et annexe 3 du présent rapport.

⁴⁹ Cf. annexe 4.

⁵⁰ Cf. annexe 4.

préconisent pour les infirmiers une quotité travaillée dans les écoles de 50 %, alors que les secteurs comptent généralement beaucoup plus d'écoles que de collèges ; de plus, la quotité effectivement consacrée au collège est souvent supérieure à 50 %, sous la pression d'une partie des chefs d'établissements.

[67] Les effectifs d'assistants de service social attestent eux aussi d'une répartition très inégalitaire : sur la base des données 2022, et en considérant un ensemble formé des seuls élèves scolarisés en éducation prioritaire (premier et second degrés) et de ceux du second degré (public) qui constitue le « fléchage » par voie de circulaires de l'activité de ces personnels, il apparaît que le nombre d'élèves par assistant de service social est supérieur à 2 000 élèves dans onze académies, inférieur à 1 500 élèves dans trois académies, compris entre plus de 1 500 élèves et moins de 2000 élèves dans dix-sept académies. Ces moyennes recouvrent des réalités infra-académiques très disparates, car les interventions de ces personnels ne concernent pas ou plus l'ensemble des territoires et des établissements, outre ceux qu'exclut par définition le « fléchage » mentionné (ainsi, dans l'ensemble du premier degré, les besoins d'accompagnement sociaux des élèves et des familles ne sont globalement pas couverts).

[68] Les disparités territoriales d'effectifs, extrêmes puisque pour les médecins, elles vont jusqu'à laisser des départements entiers dépourvus de tout moyen, sont à l'opposé des orientations affirmées par différents textes fixant les priorités de la politique de santé scolaire. Ainsi le chapitre premier du titre premier de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 « *de modernisation de notre système de santé* » est-il intitulé : « *Soutenir les jeunes pour l'égalité des chances en santé* » ; de même l'article L. 111-1 du code de l'éducation dispose que « *le service public de l'éducation [...] contribue à l'égalité des chances et à lutter contre les inégalités sociales et territoriales en matière de réussite scolaire et éducative [...]. Il veille à l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction* ».

[69] Si une partie des écarts d'effectifs infra-académiques s'explique par un fléchage favorisant en principe, dans une gestion de la pénurie, des territoires en plus grande difficulté sociale, c'est loin d'être systématiquement le cas. Ainsi l'académie qui a le taux d'encadrement médical le plus faible, hors celles qui sont complètement dépourvues de telles ressources, est celle de Créteil, caractérisée par une forte concentration de professions et catégories socioprofessionnelles défavorisées, et par le nombre de réseaux d'éducation prioritaire le plus dense du territoire hexagonal.

[70] Les inégalités territoriales se doublent d'inégalités sectorielles. Comme indiqué, les choix d'affectation défavorisent particulièrement le premier degré, qu'il s'agisse des besoins en infirmiers ou en assistants de service social. Bien que les objectifs de la politique de santé scolaire concernent explicitement l'ensemble des élèves, les choix d'affectation pénalisent aussi l'enseignement privé. Les près de 10 000 établissements correspondants, presque tous sous contrat, scolarisent deux millions d'élèves dans le premier et le second degrés, soit 17 % de l'ensemble des élèves. La Cour des comptes avait observé en 2020 que, globalement, la part des enfants dans leur sixième année qui ne bénéficient d'aucun examen physique de santé par un professionnel de santé de l'éducation nationale, médecin ou infirmier, avait considérablement augmenté en cinq ans, et que le phénomène était encore beaucoup plus prononcé dans l'enseignement privé : plus de 93 % d'enfants non vus en 2018-2019, contre 52 % dans l'enseignement public.

[71] De même, les personnels de santé scolaire sont largement absents de l'enseignement agricole, où ils devraient assurer notamment les visites réglementées obligatoires du fait de la dangerosité potentielle des matériels utilisés - la filière agricole étant particulièrement accidentogène. Le constat de cette carence a été établi de longue date ; il avait, par exemple, fait l'objet en 2007 d'une question parlementaire à laquelle le gouvernement avait répondu que « *la charge d'activité des médecins scolaires rend parfois difficile la réalisation gratuite dans l'enseignement agricole, des examens médicaux obligatoires, notamment les dérogations au travail sur machines dangereuses* »⁵¹.

1.2.3 L'attrition explicite ou implicite des objectifs

[72] Devant l'impossibilité de mener à bien avec les moyens disponibles l'ensemble des missions, celles-ci ne sont généralement pas supprimées ou diminuées, certaines sont au contraire amplifiées (*cf. supra*). Par contre, les objectifs fixés ou leur mise en œuvre effective sont fortement réduits, le plus souvent implicitement. Dans le cas contraire, nombre d'entre eux font l'objet d'arbitrages le cas échéant individuels de la part des personnels confrontés à une charge de travail non maîtrisable.

[73] La mise en œuvre des bilans de santé obligatoires qui constituent, aux termes du décret 91-1195 du 27 novembre 1991, l'une des missions des médecins de l'éducation nationale documente cette évolution. Elle a en effet été réduite à la fois par voie d'arrêté interministériel, par les indicateurs de suivi validant des orientations implicites, et par les pratiques effectives.

[74] L'arrêté du 3 novembre 2015 pris conjointement par les ministres en charge de l'éducation nationale et de la santé⁵² confie non plus aux médecins de l'éducation nationale, mais aux infirmiers la réalisation de la visite obligatoire de la douzième année. Cet arrêté induit donc une réduction de trois à deux du nombre de bilans médicaux obligatoires à la charge des médecins de l'éducation nationale⁵³. Il s'agit là d'une réduction des objectifs et non d'une réduction des missions des médecins de l'éducation nationale, comme l'a précisé le Conseil d'État en 2017 en soulignant notamment que « *la visite de dépistage, réalisée par l'infirmier /.../ se distingue tant par son objet que par son contenu du "bilan de santé" confié par le décret du 27 novembre 1991 aux seuls médecins de l'éducation nationale et auquel elle ne peut se substituer* »⁵⁴.

⁵¹ Question n°108040 de M. Yannick Favennec, député, le 24 octobre 2006, réponse publiée au Journal officiel le 27 février 2007.

⁵² Sur la base de l'article L 541-1 du code de l'éducation aux termes duquel « *Les ministres chargés de l'éducation nationale et de la santé 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, ainsi que les modalités de coordination avec les missions particulières des médecins traitants mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.* »

⁵³ Cf. annexe 2, cadre normatif.

⁵⁴ « */.../ les dispositions de l'article 2 du décret du 27 novembre 1991 portant dispositions statutaires applicables au corps des médecins de l'éducation nationale et à l'emploi de médecin de l'éducation nationale* », qui confie « *aux seuls médecins de l'éducation nationale la réalisation du "bilan de santé" exigé lors du passage d'un élève dans le cycle secondaire* », « *ne peuvent être regardées comme ayant été implicitement abrogées par la rédaction de l'article L. 541-1 du code de l'éducation issue de la loi du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République* ». « *La visite de dépistage, réalisée par l'infirmier /.../ se distingue tant par son objet que par son contenu du "bilan de santé" confié par le décret du 27 novembre*

[75] Les bilans infirmiers ne pouvant être qualifiés de visites médicales, les textes globalisent en mentionnant les « *visites médicales et de dépistage obligatoires* ». La capacité de dépistage des infirmiers n'inclut pour autant pas le diagnostic médical ; de plus, la connaissance par les infirmiers des antécédents médicaux de l'enfant est limitée par leur accès incomplet aux données correspondantes, protégés par le secret médical. L'arrêté cité indique simplement que « *l'infirmier pourra solliciter, en tant que de besoin, l'avis de l'assistant de service social, du médecin de l'éducation nationale, ou du psychologue de l'éducation nationale* ». L'expression « *en tant que de besoin* » confie à l'infirmier la décision de solliciter ou non l'avis du médecin notamment, pour le cas où les organisations et effectifs disponibles ouvrent effectivement à l'infirmier la faculté d'y avoir recours.

[76] Deux ans après la publication de l'arrêté du 3 novembre 2015, l'indicateur basé, au sein du programme 230, sur le taux de réalisation du bilan médical de la 6ème année⁵⁵, a été réduit dans son champ par trois limitations majeures :

- Alors que, jusqu'en 2017, l'indicateur renseignait à la fois sur les taux de réalisation des bilans pour l'ensemble des élèves d'une part, pour les élèves situés au sein de l'éducation prioritaire d'autre part, **à partir de 2018 il a été ciblé exclusivement sur les zones d'éducation prioritaire (REP et REP+)** ;
- Jusqu'en 2017 le champ de l'indicateur était constitué de l'enseignement public et privé ; **à partir de 2018, il a été limité à l'enseignement public** ;
- Jusqu'en 2017 l'indicateur retraçait la proportion d'élèves ayant bénéficié du bilan de santé (dont les modalités sont définies par l'arrêté interministériel précité) dans leur 6ème année ; à partir de 2018, il ne s'est plus agi que de la proportion d'élèves ayant bénéficié **d'une visite médicale** dans leur 6ème année. Les indications fournies dans les documents budgétaires successifs ne permettent cependant pas de savoir si les données antérieures à 2017 concernaient bien le bilan de la sixième année, effectué par un médecin. Ainsi, selon le projet annuel de performances (PAP) joint en 2016 au PLF 2017, cet indicateur comptabilisait alors les élèves « *ayant bénéficié d'une visite médicale et/ou d'un dépistage infirmier* », alors que le cadre normatif exige pour la 6ème année la passation d'un bilan de santé conduit par un médecin⁵⁶.

1991 aux seuls médecins de l'éducation nationale et auquel elle ne peut se substituer ». « *L'article 2 de l'arrêté attaqué et son annexe II n'ont pas pour objet et n'auraient pas pu légalement avoir pour effet de permettre aux infirmiers de l'éducation nationale la réalisation d'actes réservés aux médecins ; en particulier, si cette annexe mentionne que l'infirmier doit procéder à une "évaluation de la situation clinique", une telle évaluation, qui ne se confond pas avec un examen clinique et ne saurait notamment le conduire à porter un diagnostic médical qui appartient au seul médecin, s'inscrit dans le cadre des compétences qui sont dévolues aux infirmiers par les articles R. 4311-1 et R. 4311-5 du code de la santé publique en ce qui concerne le recueil des données cliniques et des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé d'une personne* ». (Contentieux dirigé contre cet arrêté du 3 novembre 2015, Conseil d'État, 4e et 5e chambres réunies, 24 novembre 2017 - n° 395858).

⁵⁵ La santé scolaire relève budgétairement, selon la DGESCO, du programme 230 intitulé « Vie de l'élève ». De façon constante sur les dix dernières années, le programme 230 comporte deux objectifs, dont l'un regarde la santé scolaire et présente les résultats de réalisation du bilan médical de la 6ème année. Cf. annexe 7, Etude des objectifs et indicateurs de la santé scolaire via le programme budgétaire 230 « Vie de l'élève ».

⁵⁶ Cf. annexe 2, cadre normatif.

[77] Or, le code de l'éducation, ainsi que l'arrêté interministériel éducation nationale / santé du 3 novembre 2015, disposent que la visite médicale de la sixième année est obligatoire pour tous les enfants, pas uniquement pour ceux qui sont scolarisés dans tel ou tel endroit ou type d'établissement. **Le champ de l'indicateur tel que défini depuis 2017 ne recouvre donc plus qu'une fraction de l'obligation réglementaire.** Le projet de loi de finances (PLF) 2023 a de nouveau évolué en présentant des indicateurs plus larges, dont cependant aucun n'est renseigné. Étonnamment, à partir du PLF 2018, les taux de réalisation basés pourtant sur un champ d'application triplement restreint ont fortement chuté pour s'établir, lorsqu'ils sont renseignés, entre 40 et 50 % du sous-ensemble constitué des catégories sélectionnées d'élèves.

[78] Au surplus, les entretiens menés avec les médecins et infirmiers de l'éducation nationale auditionnés ont montré que ces résultats n'indiquent pas de façon fiable le taux de bilans médicaux effectivement menés : selon les effectifs en poste, il semble courant que les bilans de la sixième année soient en réalité menés par des infirmiers de l'éducation nationale, certains ayant même regretté de devoir « *faire du chiffre au bénéfice des médecins* ». Il est de toute façon évident que les bilans médicaux ne peuvent être menés à bien dans les départements aujourd'hui complètement dépourvus de médecins de secteur (*cf. supra*). Selon les entretiens menés, les bilans conduits ne sont pas non plus homogènes, ni dans les modalités de ce qui constitue de fait une sélection des élèves bénéficiaires, ni dans le contenu des investigations médicales, en principe cadrées par arrêté.

[79] L'attrition implicite des objectifs caractérise également l'une des missions qui requiert un temps très conséquent de la part des médecins, en l'occurrence la délivrance annuelle d'un avis médical d'aptitude pour les jeunes en formation professionnelle, lorsque ces formations comportent des travaux dangereux. Les médecins scolaires rencontrés déclarent couramment y passer chaque année l'essentiel, ou une part très conséquente, de leur temps entre la rentrée de septembre et décembre, voire jusqu'en janvier-février. Il s'agit, réglementairement, d'une mission dévolue exclusivement aux médecins scolaires⁵⁷.

[80] Tous les médecins rencontrés ont fait état de l'impossibilité, eu égard aux forces de travail disponibles, de procéder annuellement à la visite médicale requise pour produire l'attestation légalement obligatoire. Dans une partie non quantifiée mais semble-t-il très conséquente des établissements, les examens correspondants ne sont donc plus menés qu'en classe de seconde professionnelle et de certificat d'aptitude professionnelle, et non pas annuellement. Dans d'autres cas, les attestations sont produites, au-delà de la classe de seconde au moins, sans visite médicale effective. Cette situation fait peser une responsabilité lourde sur les médecins de l'éducation nationale qui produisent des attestations de principe⁵⁸ : le code de déontologie médicale intégré au code de la santé publique prohibe l'établissement par un médecin de certificats, attestations ou documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires s'ils ne sont pas rédigés « *conformément aux constatations médicales qu'il est en*

⁵⁷ Art. R4153-38 à R4153-45 du code du travail pris en application de l'art. L4153-8 du même code, *cf.* annexe 2, cadre normatif.

⁵⁸ Au surplus, certes le code du travail requiert un avis médical sans préciser que celui-ci doit être fondé sur un examen, mais la visite préalable à l'affectation de l'élève mineur aux travaux réglementés relève des missions obligatoires des médecins de l'éducation nationale.

mesure de faire »⁵⁹. Cette situation engage aussi la responsabilité des chefs d'établissement qui acceptent de scolariser, sans l'attestation médicale obligatoire, des élèves confrontés à des travaux dangereux.

[81] Dans la plupart des départements visités, les hiérarchies correspondantes (recteurs, DASEN) s'abstiennent d'émettre des directives de priorisation des missions, laissant de fait ces personnels endosser les responsabilités évoquées. Dans deux académies visitées, le recteur dans l'une, l'un au moins des DASEN dans l'autre édictent au contraire régulièrement des circulaires de priorisation des missions qui, sans résoudre la difficulté, la partagent au moins à un niveau plus pertinent.

[82] L'attrition des objectifs en matière de bilans médicaux ou de « travaux réglementés » sont deux exemples illustrant une évolution qui semble, sur la base des auditions menées, affecter l'ensemble des missions. Ainsi, nombre d'infirmières de l'éducation nationale rencontrées⁶⁰ ont souligné ne pas, ou ne plus, être en mesure de mettre en œuvre les interventions qu'elles estiment pertinentes en matière d'éducation à la santé. De même, le concours requis des MEN pour l'élaboration des projets d'accueil individualisés (PAI, cf. supra), se heurte au déséquilibre croissant entre la diminution des effectifs médicaux et l'augmentation du nombre de PAI. Dans ces conditions, il semble courant que les MEN signent des PAI sans avoir pu examiner l'enfant concerné.

1.2.4 L'absence de pilotage efficace tant au niveau national que territorial

[83] Remplaçant la circulaire 2001-012 du 12 janvier 2001, la circulaire 2015-117 du 10-11-2015⁶¹ définit « une gouvernance rénovée », qui en premier lieu affirme fermement, pour cette politique dont le caractère interministériel est par ailleurs rappelé, la compétence du ministre chargé de l'éducation nationale et le rôle de pilote dévolu à la DGESCO : « *La gouvernance et le pilotage de la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves relèvent exclusivement de la compétence du ministre chargé de l'éducation nationale. La direction générale de l'enseignement scolaire - et, plus particulièrement, la sous-direction en charge de la vie scolaire, des établissements et des actions socio-éducatives - est chargée d'impulser la politique nationale, de la coordonner et d'en établir le bilan* ». Est ensuite exposé le rôle des niveaux rectoraux, départementaux et « locaux ».

[84] Ce déroulement confie plutôt au niveau rectoral, chargé de « l'élaboration » de la politique éducative sociale et de santé académique, le pilotage territorial, tandis que le niveau départemental est responsable de sa « mise en œuvre » et les écoles et établissements de la « déclinaison »⁶². Chacun de ces niveaux doit constituer et animer des instances dédiées (cellule

⁵⁹ Art. R4127-76 du code de la santé publique. S'agissant par ailleurs du cadre normatif dédié aux « travaux réglementés », certes le code du travail requiert un avis médical sans préciser que celui-ci doit être fondé sur un examen, mais la visite préalable à l'affectation de l'élève mineur aux travaux réglementés relève des missions obligatoires des médecins de l'éducation nationale.

⁶⁰ La mission a rencontré 51 infirmières scolaires et 36 médecins scolaires.

⁶¹ Circulaire 2015-117 du 10-11-2015, « *Politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves* », MENESR - DGESCO B3 1.

⁶² « *Le recteur élabore la politique éducative sociale et de santé académique en tenant compte des priorités nationales, du contexte local et des spécificités des territoires dans le cadre de son projet académique, en ciblant en particulier les territoires de l'éducation prioritaire (Rep et Rep+) et les zones rurales isolées* ». /.../

académique coordonnée et pilotée par le conseiller technique vie scolaire ou l'inspecteur d'académie - inspecteur pédagogique régional établissements et vie scolaire, comité départemental d'éducation à la santé et à la citoyenneté - CDESC, comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté - CESC - le cas échéant inter établissements ou inter degrés. Les niveaux rectoraux et départementaux doivent chacun prendre en compte le « contexte local ». La circulaire ne dit rien par contre des leviers disponibles pour chaque niveau en termes budgétaires, de ressources humaines ou organisationnels notamment. Elle est également muette sur les marges de manœuvre dont disposeraient les recteurs pour « cibler en particulier les territoires de l'éducation prioritaire (Rep et Rep+) et les zones rurales isolées » alors que, aux termes des « priorités nationales » qu'ils doivent prendre en compte - et du cadre normatif qui par essence vaut pour chacun - la politique éducative sociale et de santé bénéficie à tous les enfants et jeunes scolarisés.

[85] Le pilotage national au sein de la DGESCO dépend à la fois d'un bureau de la santé et de l'action sociale au sein de la sous-direction de l'action éducative, et d'un médecin conseiller technique rattaché au directeur général animant le réseau des conseillers techniques rectoraux et départementaux sans qu'il soit rattaché au dit bureau. Cette organisation non unifiée, critiquée en tant que telle par la Cour des comptes en 2020, perdure.

[86] Le pilotage budgétaire de la politique de santé scolaire relève de la DGESCO, responsable du programme 230 « Vie de l'élève » dont l'un des deux objectifs est de « promouvoir la santé des élèves et améliorer leur qualité de vie ». Pour autant, les moyens notamment humains qui portent la politique de santé scolaire sont dispersés entre différents programmes : outre le programme 230, le programme 214 qui accueille, de façon non explicitée dans les projets annuels de performances⁶³, les médecins, infirmiers et assistants de services sociaux conseillers techniques, ainsi que le programme budgétaire 140 où sont versés notamment les psychologues exerçant dans le premier degré. Les moyens ainsi dispersés ne sont pas négligeables à l'échelle de cette politique, puisque le programme 214 par exemple accueille 552 médecins, infirmiers et assistants de service social pour 10 918 personnels santé sociaux répertoriés au titre du programme 230⁶⁴. L'absence d'unité du cadre budgétaire, qui en altère la lisibilité, a également été mentionnée en 2020 par la Cour des comptes qui avait souligné la nécessité d'y remédier, sans que ce cadre ait été clarifié depuis.

[87] L'utilité d'une unité du cadre budgétaire ne ressort pas seulement d'une cohérence de présentation, elle éviterait aussi que des moyens affectés à cette politique ne soient supprimés ou réaffectés sans traçabilité ; c'est le cas aujourd'hui des secrétaires médico-sociales, non identifiables au sein du programme 214.

Recommandation n°1 Pour la lisibilité et la cohérence budgétaires, regrouper au sein du programme 230 l'ensemble des moyens notamment humains qui portent la politique de santé scolaire.

« Sous l'autorité de l'inspecteur d'académie-directeur académique des services de l'éducation nationale (IA-Dasen), la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves définie au niveau académique est mise en œuvre en fonction des spécificités locales par les acteurs de cette politique » /.../ « La politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves trouve sa déclinaison au plus près de l'élève dans le cadre du projet d'école et du projet d'établissement. »

⁶³ Les projets annuels de performances sont des annexes aux projets de lois de finances.

⁶⁴ En effectifs personnes physiques, données au 1er octobre 2022 - annuaire SIRH –DGRH MENJ.

[88] Au-delà de ces aspects organisationnels, le « pilotage » national paraît tenu sur le fond. Les affectations des personnels de santé, qui à l'encontre des objectifs nationaux laissent en déshérence de nombreux territoires, ne semblent pas faire l'objet de réflexions de fond, au-delà de récentes mesures ponctuelles de revalorisation. Constatée depuis plus de vingt ans, la pénurie de médecins de l'éducation nationale n'a pas conduit à modifier le socle de missions autrement, pour l'essentiel, qu'en en ajoutant, y compris au-delà du cadre normatif (*cf. supra*). L'attrition essentiellement implicite des objectifs, en contradiction avec ceux qui restent affichés, n'est pas transparente et conduit à esquiver les débats. Les priorités circularisées en faveur des zones d'éducation prioritaire ou d'une partie d'entre elles n'ont pas empêché de maintenir à l'identique l'universalité affirmée des différents volets de la politique de santé scolaire. Les systèmes d'information nécessaires à l'enregistrement et à la transmission des données de santé recueillies restent peu efficaces (*cf. infra*). Les instructions diffusées par le niveau national aux échelons déconcentrés ne sont pas de nature à permettre aux décideurs d'orienter utilement⁶⁵. Les constats et propositions récurrents des nombreux rapports consacrés au sujet depuis les années 1990 n'ont globalement pas été pris en compte.

[89] Ces observations qui invalident la notion même de pilotage doivent être situées dans un contexte qui, en termes de gestion des ressources humaines, n'est pas simple pour les responsables concernés. Ceux-ci sont, par ailleurs, en charge de nombreuses autres questions relatives à la vie scolaire. De plus, le mode de pilotage pertinent pour la gestion des personnels enseignants notamment n'est pas nécessairement le même que celui qui serait optimal s'agissant des personnels de santé. Or, le total des médecins, infirmiers et assistants de service social répartis sur les programmes 230 et 214 représente à peine plus de 1 % des personnels enseignants et non enseignants relevant de l'enseignement scolaire⁶⁶ ; cela ne minore pas pour autant les enjeux de la politique de santé scolaire.

[90] Dans ce cadre, la part de pilotage attendue des académies peine à atteindre des résultats lisibles. Dans le dialogue de gestion entre les niveaux nationaux et académiques, la santé scolaire figure essentiellement sous la forme de points particuliers des ordres du jour, par exemple, pour 2022, sur les sujets de la santé mentale et des violences sexuelles et sexistes. Le ministère privilégie le portage des dispositifs nationaux spécifiques, comme la lutte contre le harcèlement (programme PHARe). Au niveau académique, la réalisation prévue de diagnostics pour définir les priorités, suivies en principe sur la base d'indicateurs, est inégalement menée à bien ; en l'état, elle est de toute façon compromise par l'absence de robustesse des données collectées et des systèmes d'information. La répartition des moyens humains entre départements ne repose pas sur une analyse des besoins de santé publique de chaque territoire, mais sur un schéma historique de répartition des moyens qui n'est pas débattu régulièrement dans le cadre d'un dialogue de gestion avec les DSDEN. Certains secrétaires généraux d'académie interrogés soulignent que leur mission première est de s'assurer de la présence quotidienne d'un enseignant devant les élèves,

⁶⁵ Par exemple, si le champ d'intervention du service social en faveur des élèves concerne en principe l'ensemble des élèves scolarisés dans les établissements publics d'enseignement, la circulaire 2017-055 MENESR - DGESCO B3-1 du 22 mars 2017 sur les missions du service social en faveur des élèves précise que « La couverture exhaustive du département n'est pas recherchée ».

⁶⁶ Pour le total des médecins, infirmiers et assistants de service social répartis sur les programmes 230 et 114, 11 470 personnes physiques. Pour l'ensemble des personnels relevant de la vie scolaire, selon le bilan social MENJ 2022, 1 093 861 titulaires et non titulaires, enseignants et non enseignants, hors étudiants en préprofessionnalisation et apprentis.

et que le contexte difficile de recrutement des personnels de santé pèse fortement sur la possibilité de suppléer aux départs des médecins jusque-là en poste. Pour autant, certaines académies font de réels efforts de planification et d'orientation, comme la mission a pu le constater par exemple à Grenoble et à Rennes⁶⁷ ; même là, il s'agit de cadres de conception récents, pour lesquels les moyens associés ne sont pas précisément quantifiés, et dont le suivi par des indicateurs d'activité ou de résultats n'est pas mentionné. Les académies n'ont généralement pas élaboré un plan régional de santé scolaire ; quoi qu'il en soit, le faire n'aurait de sens que pour structurer une réelle capacité d'arbitrage et d'évaluation.

[91] Au-delà de l'affectation des personnels et de la formulation, autant que possible, de priorités, les académies ont en charge la coopération avec les ARS *via* la signature de conventions rectorats-ARS. Celles que la mission a pu consulter se limitent à l'énoncé d'orientations qui ne sont pas toujours accompagnées de plans d'actions, et apparaissent souvent méconnues de l'ensemble des acteurs rencontrés dans les DSDEN et établissements, voire au sein même de tel ou tel rectorat. Elles sont, de même, inégalement connues au sein des ARS, et y sont ressenties comme peu opérationnelles. Selon le recensement, communiqué par la direction générale de la santé, de ces conventions en mai 2019, 17 conventions avaient alors été signées⁶⁸, entre août 2010 pour la première d'entre elles et mai 2018 pour la dernière en date. Les conventions que la mission a pu consulter ne structurent pas les échanges de données, qui seraient essentiels entre rectorats et ARS ; le pointage des thèmes traités, effectué en 2019 par la DGESCO, montre que seules trois conventions comportent au moins un objectif axé sur les données (selon les cas, « *partage de données de santé* », « *renforcement du partage des données de santé* », « *production et collecte de données* »). Par ailleurs, les conventions consultées ne prennent aucunement en compte le rôle des collectivités territoriales en matière de santé scolaire. Si des coopérations ARS-rectorats, voire ARS-rectorats-collectivités territoriales, sont ponctuellement organisées - cela a notamment été le cas pour gérer les mesures Covid - les conventions ARS-rectorats n'apparaissent pas en avoir constitué le support.

[92] Les DSDEN quant à elles, dans les départements visités, semblent notablement plus en phase avec les réalités de terrain, mais elles sont dépourvues de la plupart des moyens qui seraient nécessaires pour répondre aux besoins territoriaux. Comme l'a résumé un DASEN, la gouvernance exercée par les directions des services départementaux est en quelque sorte surdéterminée par la contrainte des ressources ; la capacité de pilotage est limitée. Certains DASEN parviennent à intervenir efficacement dans la répartition du temps de travail des infirmiers/infirmières entre collège et écoles, c'est le cas par exemple dans le département du Val de Marne sur la base d'une analyse des rapports d'activité. D'autres s'attachent à fixer, sur la base des moyens disponibles, des priorités minorant de fait le cadre réglementaire, ce qui évite par exemple aux chefs d'établissements des lycées professionnels de porter seuls la responsabilité de la réalisation lacunaire des visites médicales obligatoires⁶⁹.

[93] Il résulte de l'absence de pilotage, sur fond de disproportion évidente entre les missions et les moyens et, au surplus, dans une organisation qui laisse pratiquement à chacun des

⁶⁷ L'académie de Grenoble dispose d'un plan santé social 2014-2018 prolongé jusqu'en 2022 et organisé autour de principes et objectifs (vulnérabilité, lutte contre les inégalités sociales, universalisme proportionné). La santé des jeunes est aussi inscrite dans le projet académique « Bretagne 2025 ».

⁶⁸ Soit le nombre actuel d'ARS.

⁶⁹ Cf. *supra*.

professionnels la charge d'initier la formation d'éventuelles équipes (*cf. infra*), une fréquente et forte souffrance au travail chez des personnels souvent très engagés.

[94] Sans que la coopération interministérielle relève véritablement du pilotage si l'on retient du pilotage de la santé scolaire la définition strictement ministérielle affirmée par la circulaire DGESCO 2015-117 (*cf. supra*), la convention cadre de partenariat en santé publique signée en 2016 par les ministres chargés de la santé et de l'éducation nationale⁷⁰ se voulait un outil pour conforter la coopération et l'engagement des pouvoirs publics en la matière. Cette convention est suivie au sein d'un comité *ad hoc*, mais les comptes-rendus communiqués ne reflètent pas d'orientation ou de réalisation tangible à sa suite.

[95] Plus structurellement, dans la stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022, différents objectifs ont été fixés à la santé scolaire au sein d'un volet ciblé sur les « *priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune* »⁷¹. L'avis remis le 23 novembre 2017 par la conférence nationale de santé sur ce qui était alors le projet de SNS 2018-2022 soulignait l'intérêt de la prise en compte, dans cette stratégie, de la santé sur un plan interministériel ainsi que de l'affirmation d'une volonté d'agir sur les déterminants de santé. L'évaluation de la SNS récemment conduite par la DREES a cependant relativisé l'effectivité de sa mise en œuvre, constatant « *au niveau national, une dynamique marquante pour les acteurs impliqués, mais qui n'a pas perduré* » s'agissant notamment, en interministériel, du travail mené par le ministère de la santé avec le ministère de l'éducation nationale et le ministère de la transition écologique.

1.3 Les impensés de la santé scolaire

L'analyse de la politique de santé scolaire fait naître à maints égards une impression d'impensé, paradoxale puisque cette politique est l'objet depuis plus de vingt ans de rapports successifs, largement convergents bien qu'émanant d'autorités et institutions très diverses, qui auraient pu inspirer des réformes utiles. Le premier de ces impensés est la disproportion évoquée, sans cesse accrue, entre les personnels en charge et les missions qui leur sont assignées. Trois autres aspects au moins rejoignent celui-ci :

- le caractère essentiel de l'internalité au sein des écoles et établissements scolaires reste compris comme un pivot ; pourtant, la faiblesse des effectifs de personnels de santé et d'accompagnement social disponibles relativise considérablement la notion de présence au sein des établissements ;
- les circulaires soulignent abondamment le rôle de « l'équipe éducative » dans la politique de santé scolaire, alors que l'organisation mise en place disjoint systématiquement les interventions des différentes catégories de professionnels en charge ;

⁷⁰ Cf. *supra*, 1.1.1.

⁷¹ « *Faciliter la mise en œuvre des actions de promotion de la santé dans tous les milieux de vie* », « *améliorer le repérage et la prise en charge précoce des troubles et maladies de l'enfant* », « *poursuivre l'adaptation de l'offre de soins aux spécificités des enfants et des adolescents* », « *améliorer l'accompagnement et l'insertion sociale des enfants handicapés* » (« *l'insertion sociale et scolaire des enfants handicapés est un enjeu majeur pour leur état de santé* »).

- La politique de santé scolaire constitue explicitement l'un des volets de la politique de santé des enfants et adolescents, et l'éducation nationale intervient au sein d'un cadre de compétences largement imbriquées et complémentaires. Pour autant, son organisation ne prend généralement pas en compte le rôle des principales administrations, institutions et collectivités concernées.

1.3.1 L'effritement des moyens internes aux écoles et établissements versus l'affirmation persistante de leur caractère essentiel

[96] L'exercice de la santé scolaire, y compris dans sa dimension médicale, dans l'enceinte des écoles et établissements est un fondement de la compréhension de cette politique au sein de l'éducation nationale. Notamment, plusieurs des syndicats d'infirmiers de l'éducation nationale auditionnés l'ont souligné. L'un d'entre eux a ainsi indiqué que « *l'importance de la présence dans les établissements en lien avec les PsysEN, les assistants de service social pour être attentifs, en proximité, aux élèves est à mettre en avant. Cette proximité permet également de mieux axer les actions de prévention et de poser les besoins en orientation médicale quand cela est nécessaire* » ; pour un autre, « *l'établissement est le lieu essentiel pour mettre en œuvre [la politique de santé à l'école] et les infirmières en sont le pivot* ». Dans le secondaire, les chefs d'établissement rencontrés partagent cette conception, nombre d'entre eux influent au mieux pour maximiser, dans leur établissement, le ratio de présence des infirmiers dont le périmètre d'intervention est partagé avec les écoles du secteur.

[97] Les usagers de la politique de santé scolaire et la plupart des intervenants soulignent l'importance de la proximité, condition de l'accessibilité des professionnels de santé aux élèves en tous cas les plus jeunes. C'est une demande forte des familles, comme le montre l'enquête que l'union nationale des associations familiales (UNAF) a menée pour la mission⁷². Dans son rapport de 2021 relatif à la santé mentale des enfants⁷³, la Défenseure des droits recommande aux ministres chargés de l'éducation nationale et de la santé de « *faire du renforcement de la médecine scolaire et du service social aux élèves une véritable priorité, afin que tout enfant à partir de l'âge de l'école primaire puisse avoir accès à un médecin ou une infirmière scolaire et une assistante sociale dans l'enceinte de son établissement* ».

[98] En réalité, les personnels de santé et d'accompagnement social sont peu présents dans les établissements du second degré, moins encore dans les écoles.

[99] Si les médecins de l'éducation nationale exercent dans des secteurs regroupant écoles, collèges et lycées, leur effectif très réduit ne leur permet pas d'y être réellement présents. Les infirmiers quant à eux ont un périmètre qui recouvre un ou plusieurs établissements du secondaire, et ils « *peuvent intervenir en école* ». Les secteurs d'intervention des assistants de services sociaux, placés sous l'autorité du DASEN, regroupent collèges et lycées, ainsi que les

⁷² Enquête menée pour la mission par l'UNAF sur la vision que portent les parents sur la médecine scolaire, janvier 2023 (cf. annexe 9). L'un des parents auditionnés déclare par exemple : « *J'ai été choqué d'apprendre qu'aucun professionnel de santé n'était présent en continu au sein d'un établissement, que même une infirmière ou un infirmier n'était présent que très ponctuellement et devait intervenir au sein de plusieurs établissements. Comment assurer la sécurité de nos enfants dans ce cas ?* »

⁷³ « *Santé mentale des enfants : le droit au bien-être* », Défenseure des droits, 2021

« écoles situées dans les réseaux d'éducation prioritaire qui rencontrent les plus importantes difficultés sociales (REP+), prioritairement en cycle 3 ». Les psychologues scolaires (EDA) interviennent dans le cadre de circonscriptions du premier degré ou dans un ensemble d'écoles, parfois en inter degrés (collèges et écoles du secteur de rattachement). Cette sectorisation reflète notamment l'absence de catégories de personnel de santé et d'accompagnement social dans certains niveaux d'enseignement ou types d'établissements, par exemple l'absence des assistants de service social dans les écoles, ou celle des psychologues scolaires non dédiés à l'orientation en collège et lycées.

[100] En faisant abstraction de ces limites, les ratios de professionnels disponibles⁷⁴ par élèves d'une part, par écoles ou établissements d'autre part⁷⁵ tous niveaux confondus seraient les suivants :

	Médecins de secteur 2021-2022	Infirmiers de secteur 2021-2022	Psychologues EDA 2018, ETP	Assistants de services sociaux, 1 ^{er} octobre 2022	Secrétaires médicaux
Effectifs personnes physiques, sauf mention contraire	843 ⁷⁶	7579 ⁷⁷	3 893	2 746	n.d.
Nombre d'élèves par professionnel personne physique (quelle que soit sa quotité de travail), si l'ensemble des élèves avait accès à chacune des catégories de personnels	15 195	1 690	3290	4665	n.d.
Nombre d'écoles et établissements du second degré par professionnel personne physique (quelle que soit sa quotité de travail), si l'ensemble des écoles et établissements avait accès à chacune des catégories de personnels	71	8	15	22	n.d.

Source : Mission

[101] La proximité est particulièrement théorique dans les écoles, où ne sont présents ni les médecins, ni les assistants de services sociaux hormis dans une partie des écoles situées dans les réseaux d'éducation prioritaire⁷⁸. Les infirmiers y assurent des permanences le plus souvent

⁷⁴ En données personnes physiques, quelle que soit leur quotité de travail

⁷⁵ Selon l'édition 2021 de « L'éducation nationale en chiffres », le nombre total d'élèves et apprentis était de 12 809 200 (données incluant les établissements hors contrat et les établissements relevant des ministères en charge de l'agriculture et de la santé), le nombre total d'écoles et établissements du second degré de 59 650.

⁷⁶ Selon les documents budgétaires, hors correctifs précisés *infra*.

⁷⁷ Selon les documents budgétaires, hors correctifs précisés *infra*, notamment la probable comptabilisation au programme 230 des infirmiers en poste dans l'enseignement supérieur.

⁷⁸ Dès 2018, le rapport inter inspections « sur les morts violentes d'enfants au sein de la famille : évaluation des services sociaux, médicaux, éducatifs et judiciaires concourant à la protection de l'enfance » (IGAS-IGAENR -

courtes, en tous cas d'ampleur très variable en fonction du nombre d'établissements du secondaire et en second rang du nombre d'écoles qu'ils ont en charge, des consignes données ou non par le DASEN pour que soit effectivement assurée une présence en école et / ou de la plus ou moins grande insistance des responsables des collèges concernés pour maximiser le temps infirmier dont bénéficient leurs établissements. Dans l'un des départements visités, la note préparatoire aux auditions rédigée par les conseillères techniques infirmières à l'attention de l'IA-DASEN soulignait « *les difficultés pour les infirmières de l'éducation nationale à se détacher des collèges du fait de très nombreuses sollicitations et missions propres à cette population vulnérable : dépistage infirmier des élèves de 6ème, éducation à la santé et citoyenneté, accueil, écoute et suivi individualisé des élèves en situation de handicap, des élèves présentant un trouble de la santé, mise en place des PAI, accompagnement du mal-être des élèves, participation aux différentes instances comme GPDS, ESS, la protection de l'enfance...* ». L'effectif limité de psychologues scolaires EDA représente un apport précieux mais qui ne compense pas l'absence ou quasi-absence des autres professions mentionnées. Sans minorer les besoins non couverts dans les autres niveaux, le premier degré apparaît comme le parent pauvre de l'accompagnement sanitaire et social.

[102] Globalement, il est clair que la notion de proximité est aujourd'hui très relative dans l'exercice des missions de santé scolaire, mais aussi d'accompagnement social. Sur le terrain, en fonction des fortes inégalités mentionnées, elle ne reste partiellement une réalité que par endroits.

IGJ, mai 2018) soulignait que : « *Les enseignants et les responsables d'établissements et écoles sont de plus en plus confrontés à la complexité des problématiques sociales des familles (précarité, addiction, troubles du comportement, violences conjugales, etc.) et à la vulnérabilité des enfants dès le début de leur parcours scolaire. Dans le primaire, en l'absence d'assistant de service social (ASS), nombre d'entre eux se sentent démunis devant ces situations qui peuvent nécessiter des analyses et des prises de décision parfois rapides pour assurer la protection de l'enfant. Pour répondre à ces besoins, conformément à la circulaire n° 2017-055 du 22 mars 2017 du ministère de l'éducation nationale relative aux missions du service social en faveur des élèves, les recteurs peuvent, en fonction des moyens alloués, élargir au premier degré le champ d'intervention des ASS limité aux établissements du second degré. Les personnels sociaux ont ainsi la possibilité d'intervenir dans les écoles, sous forme de conseil social ou d'intervention sociale, mais seulement dans les écoles du réseau d'éducation prioritaire en REP+ prioritairement au cycle 3* ». Il recommandait « *d'étendre à l'ensemble des écoles du premier degré les actions de conseil et de prévention des assistants de service social dans le domaine de la protection de l'enfance, notamment un soutien technique aux enseignants, aux directeurs d'école et aux inspecteurs de l'éducation nationale et des actions collectives destinées aux enfants et aux familles, avec les conseillers techniques de service social coordonnateurs de bassins et les partenaires de l'école* », recommandation restée lettre morte.

1.3.2 La quasi-absence d'articulation entre les interventions respectives des différentes catégories de professionnels en charge

[103] Les professionnels de la santé scolaire, *a fortiori* de l'ensemble santé scolaire et accompagnement social, ne sont plus réunis en services depuis une trentaine d'années, contrairement à l'organisation retenue pour la médecine universitaire préventive et de promotion de la santé, et pour la protection maternelle et infantile.

[104] Dans le cadre normatif en vigueur, la notion de service n'apparaît plus que très ponctuellement, dans le titre II du décret n°91-1195 du 27 novembre 1991 modifié portant dispositions statutaires applicables au corps des médecins de l'éducation nationale et à l'emploi de médecin de l'éducation nationale conseiller technique : son article 31-1 instauré par le décret 2012-899 du 20 juillet 2012 charge le conseiller technique responsable départemental, placé auprès du directeur académique des services de l'éducation nationale, de participer « à la *planification des moyens propres du service de la santé scolaire* ». Cette mention ne renvoie cependant pas à l'existence d'un quelconque service structuré en tant que tel.

[105] La circulaire 91-148 du 24 juin 1991, intitulée « *Mission et fonctionnement du service de promotion de la santé en faveur des élèves* », affirmait en réalité au sein du volet sanitaire l'existence d'une dualité de services : le service médical et le service infirmier. Puis la notion même de service a été abandonnée par la circulaire du 12 janvier 2001, axée en lieu et place sur l'association des familles « *premières responsables de la santé des élèves* », l'implication de « *toute la communauté éducative* » dans la politique de santé, et l'importance des « *partenariats extérieurs devant être développés dans le cadre des projets d'éducation à la santé* ». Le rapport 2017 de l'académie de médecine souligne qu'il « *n'existe pas d'équipe de santé scolaire stricto sensu organisée autour des enfants et des adolescents, donnant souvent au médecin une impression de solitude ou d'abandon* ».

[106] L'absence de service induit l'absence de chef de service. D'une part, il n'existe pas de protocole de coordination, ni d'organisation entre les médecins et les infirmiers à une échelle de proximité. D'autre part, les médecins conseillers techniques auprès des recteurs ou au niveau départemental ne sont pas les supérieurs hiérarchiques des médecins de l'académie ; il en va de même des infirmiers conseillers techniques vis-à-vis des infirmiers de santé scolaire. Leurs missions, définies par la circulaire 2015-119 du 10 novembre 2015, sont essentiellement des missions de conseil, même s'ils sont également chargés de mettre en œuvre les orientations définies par le recteur. Au surplus, une partie notable des postes de médecins conseillers techniques et d'infirmiers conseillers techniques sont vacants, ce qui accentue encore l'absence de structuration : pour les infirmiers conseillers techniques, six académies comportent des postes vacants, pour les médecins conseillers techniques, le déficit s'élève à la moitié des postes et affecte 23 académies sur 31.

[107] Corrélativement à l'absence d'organisation en services, le socle normatif et les circulaires ne comportent pratiquement aucune disposition articulant les unes avec les autres les missions des différents professionnels de santé, des professionnels de l'accompagnement social ou les interventions attendues de différents membres de la communauté éducative dans la mise en œuvre de la politique de santé scolaire. L'article L541-1 du code de l'éducation, disposant que « *des examens médicaux périodiques sont également effectués pendant tout le cours de la scolarité et le suivi sanitaire des élèves est exercé avec le concours de l'infirmier et, dans les établissements*

du second degré, d'un assistant de service social » est l'une des seules dispositions prévoyant une coopération entre médecins de l'éducation nationale, infirmiers et assistants de service social ; les modalités de cette coopération ne sont cependant pas définies. Il en va de même des modalités de la coordination entre personnels médicaux, infirmiers, assistants de service social et psychologues de l'éducation nationale affirmée par l'article L. 121-4 1 du code de l'éducation pour la réalisation des actions de la promotion de la santé.

[108] L'absence de structuration entre les interventions respectives des différentes catégories de professionnels résulte aussi, fonctionnellement, de l'organisation adoptée : chacune des professions concernées a en effet des secteurs d'interventions propres et des hiérarchies différentes⁷⁹. Même l'organisation des plages de travail diffère : aux termes de la circulaire relative au temps de travail, celui-ci est réparti sur une période de 36 semaines d'activité pour les personnels infirmiers et de 38 semaines d'activité pour les médecins et personnels sociaux. Cette dispersion des cadres organisationnels entrave la constitution d'équipes, et complexifie beaucoup les coordinations de terrain, aléatoires dans ces conditions.

[109] Il est difficile de discerner l'objectif recherché le cas échéant par un tel éclatement, qui résulte pour partie de détricotages successifs. S'agissant du bilan de la sixième année, la circulaire 2001-014 du 12 janvier 2001 relative aux missions des infirmiers de l'éducation nationale leur assignait la mission d'y contribuer par un dépistage infirmier, et prévoyait que « *la réalisation de ce bilan s'effectue dans le cadre d'un travail **en équipe** entre infirmier(ère)s, médecins, enseignants et psychologues scolaires, dans l'intérêt de l'élève* ». L'arrêté éducation nationale / santé du 3 novembre 2015 ne confie plus aucun rôle aux infirmiers dans la réalisation de ce bilan, en faisant désormais peser le poids sur les seuls médecins - et conduisant les médecins à y travailler en principe seuls. Le même arrêté confie non plus aux médecins, mais aux infirmiers la réalisation de la visite obligatoire de la douzième année⁸⁰. Il scinde donc complètement, pour la réalisation des bilans, les interventions des deux professions, annihilant l'élément précédent de complémentarité⁸¹.

[110] De façon générale, les modalités d'intervention des médecins et infirmiers sont définies par des textes distincts ; comme l'a souligné notamment le rapport 2020 de la Cour des comptes, « *les missions de ces deux personnels de santé scolaire sont presque exclusives l'une de l'autre. « L'autre métier » n'est évoqué que subrepticement dans le descriptif des missions* ».

[111] L'absence d'articulation, dans le socle normatif, entre les missions des uns et des autres ne se limite pas aux médecins et infirmiers. Ainsi l'article L541-1 du code de l'éducation dispose-t-il que les médecins de l'éducation nationale travaillent en « *lien* » avec l'équipe éducative, les professionnels de santé et les parents pour que à la suite des visites des trois / quatre ans et de la sixième année « *une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés* » pour chaque enfant. Les modalités du lien affirmé avec l'équipe éducative, les professionnels de santé et les parents ne

⁷⁹ Pour un exposé plus complet de cette organisation, cf. annexe 4.

⁸⁰ L'arrêté indique simplement que « *l'infirmier pourra solliciter, en tant que de besoin, l'avis de l'assistant de service social, du médecin de l'éducation nationale, ou du psychologue de l'éducation nationale* », cf. *supra*.

⁸¹ Au demeurant, cet arrêté est en retrait par rapport au décret n° 91-1195 du 27 novembre 1991, restant néanmoins en vigueur, qui fixe les missions des médecins de l'éducation nationale et leur confie notamment la réalisation du bilan de santé obligatoire lors de l'entrée à l'école élémentaire, du bilan exigé lors du passage dans le cycle secondaire et du bilan d'orientation scolaire ou professionnelle (cf. *supra*).

sont pas précisées ; de même, l'implication affirmée de toute la communauté éducative, enseignants, chefs d'établissement et parents d'élèves compris, dans la promotion de la santé ne se traduit pas par la définition des rôles et responsabilités des uns et des autres, non plus que par leur éventuelle articulation.

[112] S'agissant des enseignants, l'article L541-1 du code de l'éducation leur assigne implicitement une mission de participation aux actions de promotion de la santé, dont il confie la responsabilité à l'ensemble des personnels de la « communauté éducative », donc enseignants compris. L'article L. 121-4-1 du même code souligne cependant que les actions de la promotion de la santé relèvent « en priorité des personnels médicaux, infirmiers, assistants de service social et psychologues de l'éducation nationale » ; la participation des enseignants à ces actions n'est pas exclue par ces dispositions, mais elle n'est pas mentionnée non plus. L'arrêté MEN-DGESCO du 1er juillet 2013 portant référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation énonce, parmi les « compétences communes à tous les professeurs et personnels d'éducation », un rôle de « contribution à la mise en œuvre des éducations transversales, notamment l'éducation à la santé, l'éducation à la citoyenneté, l'éducation au développement durable et l'éducation artistique et culturelle ». La mission n'a pu trouver de précisions permettant d'appréhender la nature de la contribution à l'éducation à la santé attendue des enseignants de chaque niveau et discipline. Il en résulte notamment que l'articulation de cette contribution avec les interventions d'autres personnels reste, selon les cas, virtuelle ou laissée à l'appréciation de chacun.

[113] Globalement, depuis 2001, les circulaires d'organisation soulignent abondamment le rôle de « l'équipe éducative » dans la politique de santé scolaire, postulat incompatible avec des règles qui disjoignent, quand elles sont définies, les tâches et fonctions, et ont supprimé les reliquats de travail en équipe.

1.3.3 La faible prise en compte du rôle des autres administrations, institutions et collectivités concernées

[114] La promotion de la santé telle que définie législativement dans le code de l'éducation⁸² s'inscrit explicitement et implicitement dans le cadre de politiques excédant les interventions du ministère de l'éducation nationale : celui-ci est en charge de la « **participation** à la politique de prévention sanitaire mise en œuvre en faveur des enfants et des adolescents, aux niveaux national, régional et départemental », de la « promotion des **liens** entre services de santé scolaire, services de prévention territorialisée, services de santé ambulatoire et services hospitaliers », de 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 » ; de la « **participation** à la veille épidémiologique par le recueil et l'exploitation de données statistiques ». Il est difficile d'évoquer ici l'ensemble des acteurs de cette politique publique, par essence multidimensionnelle plus encore depuis sa redéfinition en partie inspirée du « one health »⁸³, mais

⁸² Art. L. 121-4 du code de l'éducation, cf. *supra*.

⁸³ Cf. *supra*, définition de la santé par l'OMS ; apparu en 2004, le concept de « One health » porte par essence une approche globale de la santé.

il faut rappeler *a minima* le rôle des agences régionales de santé (ARS) et celui des collectivités territoriales.

[115] Aux termes de l'article L1431-2 du code de la santé publique, les ARS sont chargées « en tenant compte des particularités de chaque région /.../ de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé définie en application des articles L. 1411-1 et L. 1411-1, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, **de la santé scolaire et universitaire** et de la protection maternelle et infantile, et le protocole prévu à l'article L. 6147-11 ». A ce titre : « elles organisent l'observation de la santé dans la région /.../ « elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à informer et à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, en veillant à leur évaluation » ; elles sont chargées « de réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé **et les acteurs de la promotion de la santé**, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de prévention, **de promotion de la santé**, de soins et de services médico-sociaux, aux besoins spécifiques de la défense et à garantir l'efficacité du système de santé » /.../ « elles « contribuent à évaluer et à promouvoir les formations des professionnels de santé et des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé » /.../ « elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de prévention, **de promotion de la santé**, de soins et médico-sociale permette de satisfaire les besoins de santé de la population, elles contribuent à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12 et assurent la mise en place du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2 » /.../ « elles veillent à la qualité des interventions **en matière de prévention, de promotion de la santé** /.../ « elles contribuent, avec les services de l'État compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance au sens de l'article L. 119-1 du code de l'action sociale et des familles /.../ « veillent à assurer l'accès à **la prévention, à la promotion de la santé**, aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion » /.../ « elles favorisent des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de **prévention et d'éducation à la santé** ».

[116] Les collectivités territoriales sont elles aussi investies de responsabilités importantes en matière de santé scolaire, et dans des domaines connexes essentiels en termes d'articulation avec la médecine scolaire, tels que le médico-social. De façon générique, « les communes, les départements et les régions concourent avec l'État /.../ au développement économique, social, **sanitaire**, culturel et scientifique, **à la promotion de la santé** /.../ »⁸⁴. Plus spécifiquement, la « mise en place d'un environnement scolaire favorable à la santé » dont l'éducation nationale est chargée⁸⁵ constitue une compétence largement partagée avec les collectivités territoriales, responsables des établissements scolaires : les communes ont en charge les écoles publiques et en assurent la construction, la reconstruction, l'extension, les grosses réparations, l'équipement et le fonctionnement⁸⁶, de même le département a la charge de la construction et de l'entretien des

⁸⁴ Art. L. 1111-2 du code général des collectivités territoriales (CGCT).

⁸⁵ Art. L. 121-4 du code de l'éducation, cf. *supra*.

⁸⁶ Art. L212-4 du code de l'éducation.

collèges⁸⁷, la région des lycées et des établissements d'enseignement spécialisé⁸⁸. Le caractère favorable à la santé de l'environnement scolaire dépend donc entièrement des collectivités territoriales pour ce qui concerne les locaux et équipements, et donc pour des dimensions essentielles telles que la qualité de l'air intérieur. C'est aussi le cas pour la restauration scolaire, service public facultatif mais largement développé relevant des communes pour les écoles, des départements pour les collèges et des régions pour les lycées⁸⁹. Pour d'autres déterminants importants de santé tels que le bruit, les responsabilités sont partagées puisque les performances dépendent à la fois des locaux, des équipements et de l'organisation scolaire. Dans le champ médico-social, les activités énoncées par l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) relèvent de plusieurs administrations et collectivités, exerçant conjointement ou exclusivement leurs prérogatives, essentiellement le président du conseil départemental, le directeur général de l'ARS et l'autorité compétente de l'État ; pour la planification de l'offre, les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont ainsi arrêtés par le président du conseil départemental après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avec l'agence régionale de santé, dans le cadre de la commission compétente pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux⁹⁰.

[117] Bien que ce cadre de compétences largement imbriquées et complémentaires invite selon les cas à la coopération ou à la prise en compte des responsabilités d'autres acteurs, ces modes de travail peinent à s'installer dans l'exercice des compétences de santé scolaire.

[118] Les coopérations prévues par le cadre normatif, telles que la transmission au médecin de santé scolaire des dossiers médicaux des enfants suivis à l'école maternelle par le service départemental de protection maternelle et infantile⁹¹, sont effectuées dans des conditions matérielles minorant fortement leur efficacité : systèmes d'information incompatibles conduisant à maintenir au moins pour partie des transmissions papier, manque de médecins de l'éducation nationale pour recevoir les dossiers, manque de locaux appropriés pour le stockage des dossiers.

[119] Le cadre normatif lui-même porte trace d'une conception non coordonnée sur certains aspects entre le ministère de l'éducation nationale et le ministère de la santé et de la prévention. Une partie des dispositions relatives à la santé scolaire au sein des codes de l'éducation d'une part, de la santé publique d'autre part fonctionnent en miroir, les deux codes renvoyant alors l'un à l'autre⁹². Sur d'autres points, ils comportent des divergences. Par exemple, pour la « *visite organisée à l'école pour tous les enfants âgés de trois ans à quatre ans* », le code de la santé publique (art. R2132-1) impose que cette visite soit effectuée par un médecin alors que le code de l'éducation (art. L541-1) en charge de façon plus floue « *les professionnels de santé* » de la PMI ou de l'éducation nationale.

⁸⁷ Art. L. L. 213-2 du code de l'éducation. Cette compétence inclut le second degré de l'enseignement privé (« *Compétences des collectivités locales* », Marie-Christine Rouault, agrégée des facultés de droit, maj 3 octobre 2022).

⁸⁸ Art. L214-6 du code de l'éducation.

⁸⁹ Dans ces deux derniers cas à la suite d'un transfert de compétences de l'État aux collectivités territoriales en 2004 (loi 2004-809 du 13 août 2004).

⁹⁰ Art. L. 312-5 du CASF.

⁹¹ Art. L2112-5 CSP.

⁹² Cf. annexe 2, cadre normatif.

[120] Pour la reconnaissance des troubles invalidants, des dispositifs spécifiques ont été instaurés par l'éducation nationale parallèlement au circuit dont les MDPH / CDAPH sont le pivot. C'est explicite dans le cas du projet d'accueil individualisé (PAI) qui concerne, aux termes de l'article D351-9 du code de l'éducation, les élèves ayant besoin d'un aménagement pour leur scolarité notamment en raison d'un trouble de la santé invalidant, mais « *sans qu'il soit nécessaire de recourir aux dispositions prévues par les articles D. 351-5 à D. 351 7* » - c'est-à-dire au dispositif applicables aux enfants atteints de troubles invalidants de santé dont le dossier est passé par le circuit MDPH ; une partie notable des troubles donnant lieu à des PAI sont pourtant reconnus par les CDAPH comme justifiant des mesures de compensation.

[121] Pour certaines des compétences qui ne sont pas exercées conjointement, mais par des autorités ou collectivités distinctes, la recherche de cohérences pourrait accroître l'efficacité. Ainsi la restauration scolaire, pilotée et mise en œuvre par les collectivités territoriales, constitue-t-elle un pan important de l'éducation à la santé par l'alimentation⁹³. L'État impose à cet égard des obligations aux collectivités gestionnaires en matière de menus⁹⁴ : outre les pourcentages minimaux de produits issus de l'agriculture biologique aux termes de la loi 2018-938 dite EGalim ainsi que de la loi dite climat et résilience⁹⁵, les collectivités doivent notamment respecter un équilibre nutritionnel des repas tel que défini par le code rural et de la pêche maritime, et servir un menu végétarien hebdomadaire. L'éducation nationale n'a pour autant pas introduit les fondements de la plupart de ces obligations dans les axes des programmes scolaires relatifs à la nutrition⁹⁶ ; hors initiatives locales, cela ne permet donc pas à ces programmes d'entrer en synergie avec l'action des collectivités territoriales, pour l'éducation des élèves à une alimentation saine. Alors que la restauration scolaire est de la compétence des collectivités territoriales, plusieurs des conventions ARS-rectorats dont la mission a pu prendre connaissance comportent un volet « nutrition / alimentation à l'école » sans que les collectivités territoriales aient été au moins associées aux orientations convenues dans ce cadre.

[122] Parmi d'autres, la circulaire de l'éducation nationale du 28 janvier 2016 relative au parcours éducatif de santé⁹⁷ définit les autres intervenants de la santé et d'éducation pour la santé des

⁹³ Plusieurs conseils départementaux rencontrés accentuent les efforts menés en ce sens. Dans sa réponse au rapport 2023 de la Cour des comptes relatif à la décentralisation, le président du conseil départemental de la Seine-Saint-Denis a souligné les enjeux de cette politique publique : « *Transformer notre restauration scolaire en une restauration durable participe aux objectifs posés par la Loi EGalim, mais c'est aussi un enjeu majeur de santé publique, de réduction des inégalités sociales et de promotion de l'égalité environnementale* ».

⁹⁴ Les collectivités sont ainsi soumises à trois obligations en matière de menus :

- l'exécution des projets d'accueil individualisés (PAI) arrêtés sur la base de prescriptions médicales (Circ. n° NOR : MENE2104832C, 10 févr. 2021, relative au projet d'accueil individualisé pour raison de santé)
- le respect de l'objectif de santé publique de garantie de l'équilibre nutritionnel des repas servis, tel que défini par les articles L. 230-5 et D. 230-25 et suivants du code rural et de la pêche maritime ;
- la mise en place d'un menu végétarien hebdomadaire (L. 2021-1104, 22 août 2021, art. 252. – C. rur., art. L. 230-5-6) qui correspond à un menu qui ne contient ni viande, ni poisson, ni produits de la mer dans l'ensemble de ses composantes. (« *Restauration scolaire* », JurisClasseur Collectivités territoriales fasc. 475, maj 12 mai 2022, Martine Long - Maître de conférences à l'université d'Angers, et « *Restauration scolaire* », Litec Le dirigeant territorial, fasc. 116-10, maj 30 mai 2022.

⁹⁵ Loi 2021-1104 du 22 août 2021.

⁹⁶ Programme du cycle 2 (CP/CE2) publié au BO n°31 du 30 juillet 2020 (p.49), programme du cycle 3 (CM1/6ème) publié au BO n°31 du 30 juillet 2020 (p.83), Programme du cycle 4 (5ème /3ème) publié au BO n°31 du 30 juillet 2020 (p.113).

⁹⁷ Circulaire 2016-008 du 28-1-2016 - MENESR - DGESCO B3-1.

jeunes comme des « partenaires », pour autant les pratiques sont fréquemment caractérisées par une conception pauvre du partenariat, voire par son absence.

[123] Il existe des instances de consultation ou de concertation visant à la coordination. Notamment, les contrats locaux de santé (CLS) sont portés conjointement par l'agence régionale de santé et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé, ils portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Parallèlement, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont vocation à structurer l'offre de santé ambulatoire sur un territoire en lien avec les secteurs sanitaire, médico-social et social pour mieux relever les difficultés de l'organisation de l'accès aux soins⁹⁸ ; ils sont cofinancés par l'ARS, et peuvent bénéficier d'un financement européen via le fonds européen de développement régional (FEDER). Mais l'éducation nationale apparaît peu partie prenante de ces dynamiques locales, lorsqu'elles sont développées. Des médecins de l'éducation nationale rencontrés ont indiqué que lorsqu'ils y sont invités, c'est leur hiérarchie qui s'y rend ; quoi qu'il en soit, ils n'en ont pas le temps. Didier Jourdan⁹⁹ estime que la collaboration territoriale est insuffisante entre les « gens de la santé », les différents acteurs et l'école, dans une « absence criante d'interface en France entre les établissements et les acteurs de santé locaux »¹⁰⁰.

[124] Plusieurs années après l'instauration des CLS en 2009 et sans lien formalisé avec ces instances, l'éducation nationale a créé de son côté les comités académiques d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CAESC)¹⁰¹, présidés par le recteur ; leur rôle est de définir les grands axes des actions portées dans le cadre de l'éducation à la santé et à la citoyenneté, et d'assurer la coordination de la politique de santé entre académies d'une même région académique. Ont aussi été instaurés les comités départementaux d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CDESC), présidés par les IA-DASEN, et qui ont « vocation à accompagner le déploiement du parcours éducatif de santé et du parcours citoyen dans chaque établissement d'enseignement scolaire »¹⁰². Une enquête sur les CESC a été menée en 2018 par la DGESCO afin d'évaluer leur mise en place effective et de « rendre visibles les politiques en matière d'éducation à la santé et à la citoyenneté ». La méthodologie réunit les réponses des académies et directions des services départementaux dans lesquelles un comité a été mis en place, et celles ayant organisé les politiques correspondantes « dans un autre cadre ». Au chapitre du travail avec d'autres instances, ne sont mentionnés ni les CLS ni les CPTS¹⁰³. Dans les départements visités, les interlocuteurs auditionnés n'ont pas noté de caractère structurant au rôle des CAESC et CDESC, là où ils ont été mis en place¹⁰⁴.

⁹⁸ Les CLS ont été créés par la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; les CPTS ont été instituées par la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 dite de modernisation de notre système de santé.

⁹⁹ Professeur des universités, titulaire de la chaire UNESCO « EducationS & Santé ».

¹⁰⁰ Entretien avec la mission.

¹⁰¹ Devenus, depuis 2021, des comités académiques d'éducation à la santé et à la citoyenneté et à l'environnement (CAESCE).

¹⁰² Circulaire 2015-085 du 3 juin 2015, et circulaire 2016-114 du 10 août 2016 relative aux orientations générales pour les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

¹⁰³ Synthèse nationale de l'enquête CESC 2017-2018, DGESCO

¹⁰⁴ NB : L'article L421-8 du code de l'éducation modifié par la loi 2021-1104 du 22 août 2021 a fait évoluer les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) en comités d'éducation à la santé, à la citoyenneté et à l'environnement (CESCE).

[125] Plus largement, que ce soit au niveau national avec la convention cadre de partenariat en santé publique signée entre le ministère des affaires sociales et le ministère de l'éducation nationale en 2016, ou au niveau régional avec les conventions qui en découlent, il n'est pas fait mention du rôle des instances territoriales en santé. Les circulaires récentes sur les politiques éducatives sociales et de santé en faveur des élèves n'intègrent pas l'établissement dans un environnement en interaction avec les acteurs de la santé. Les visites effectuées dans les académies ont permis de prendre connaissance d'initiatives locales pertinentes, sans témoigner de la co-production de politiques sur la base d'objectifs partagés et évalués. Compte tenu des enjeux liés aux besoins de santé constatés chez les élèves et des contraintes pesant sur l'offre de soins qu'elle soit en médecine générale, pédiatrie, orthophonie, ou encore psychologie, la faible implication du MENJ dans les politiques territoriales de santé est certainement dommageable. Elle est liée au moins en partie à la pénurie de personnels. Au-delà, dans la conception et la mise en œuvre de plusieurs volets de la politique de santé scolaire, tout se passe comme si les compétences même d'autres intervenants majeurs, *a fortiori* l'utilité d'articulations, relevaient largement d'un impensé.

[126] L'ensemble des constats et analyses, qu'ils concernent le socle de missions et son évolution, le caractère très partiel de sa mise en œuvre, les effectifs disponibles et leur gestion en silos, les inégalités territoriales et sectorielles massives, ou la faible efficacité du pilotage national et local, soulignent que le *statu quo* n'est pas défendable. Quels que soient les choix à venir en termes de portage institutionnel, des évolutions majeures doivent être conduites.

2 Points de passage nécessaires pour une politique plus effective

[127] L'article 144 de la loi 3DS et, à sa suite, la lettre de commande du présent rapport, invitent à retracer les perspectives et conditions du transfert de la médecine scolaire aux départements, et le cas échéant à analyser, en l'absence d'un tel transfert, les moyens permettant de renforcer la politique de santé scolaire. Quels que soient le choix à venir du maintien de la responsabilité du ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse, ou de décentralisation aux conseils départementaux, des évolutions majeures doivent être menées pour rendre plus effective la politique de santé scolaire. Elles concernent trois aspects : le socle de missions, la valorisation et la structuration des métiers, l'articulation entre les services de l'éducation nationale et les collectivités territoriales.

2.1 L'impérative redéfinition et réorganisation des missions : voies et choix

[128] Le socle de missions est à la fois considérable et très partiellement mis en œuvre (*cf. supra*). Cet état de fait induit un évidence du socle normatif, de très fortes inégalités entre les territoires, les types d'établissements, les élèves, une opacité et inefficacité dans la mise en œuvre de la politique de santé scolaire, une souffrance au travail prononcée pour une part des personnels en charge.

[129] Hors l'hypothèse largement virtuelle d'une démultiplication de ces personnels, la mise en œuvre d'une politique plus effective de santé scolaire exige une redéfinition des missions ; démarche indispensable mais complexe, puisque la plupart des missions recèlent une légitimité propre. Pour construire ces évolutions, il est nécessaire d'analyser, pour eux-mêmes et parce qu'ils requièrent des professionnels de santé un temps d'intervention considérable, trois aspects : les bilans de santé, la délivrance annuelle des avis médicaux d'aptitude pour les jeunes en formation professionnelle lorsque ces formations comportent des travaux dangereux, et les différents dispositifs visant à identifier et compenser des troubles de santé invalidants.

[130] En pratique, ces missions renvoient à une part trop faible deux aspects très importants aussi : l'accueil des élèves et les consultations à la demande des élèves, de leur famille ou des équipes éducatives d'une part ; les actions de prévention collective et d'éducation à la santé d'autre part. La mise en place d'un environnement scolaire favorable à la santé, premier axe mentionné par l'article L. 121-4 du code de l'éducation, relève, elle, pour partie d'autres personnels et de l'action des collectivités territoriales.

2.1.1 Enjeux des bilans de santé et choix à opérer

[131] Les bilans de santé constituent de longue date un socle de la politique de santé scolaire. Ils répondent en principe à deux objectifs essentiels : individuellement, la détection aussi précoce que possible, pour être efficace, des difficultés de santé pouvant entraver la scolarité ; collectivement, le recueil de données caractérisant les publics scolaires, dans une démarche épidémiologique recherchée par la stratégie nationale de santé.

[132] La réalisation des bilans de santé est cependant atrophiée. Le nombre et la périodicité des bilans médicaux systématiques obligatoires paraît stable au regard du décret n° 91-1195 du 27 novembre 1991 qui organise les missions des MEN, et dispose que pour tous les élèves¹⁰⁵, ces médecins « réalisent le bilan de santé obligatoire lors de l'entrée à l'école élémentaire, le bilan exigé lors du passage dans le cycle secondaire et le bilan d'orientation scolaire ou professionnelle. » Mais en contradiction avec ce décret qui reste néanmoins en vigueur, l'arrêté éducation nationale / santé du 3 novembre 2015 confie non plus aux médecins de l'éducation nationale, mais aux infirmiers la réalisation de la visite obligatoire de la douzième année. En contradiction aussi avec ce décret, les circulaires de 2015 ont cessé de mentionner le bilan médical à conduire en classe de troisième. En 2015, sans cohérence avec les textes en vigueur, le nombre total des bilans médicaux obligatoires a ainsi été divisé par trois. Cette diminution drastique traduisait la baisse effective du nombre de bilans menés, baisse encore plus prononcée dans la réalité que les instructions émises. En effet, le seul bilan médical de santé scolaire subsistant, à vocation en principe universelle et correspondant à un âge précis n'est en fait réalisé que partiellement : si la réalisation du bilan médical des six ans a été choisie par la DGESCO comme indicateur de mesure de mise en œuvre de la politique de santé scolaire, ses objectifs effectifs sont marqués depuis 2017 par une triple réduction du champ populationnel (cf. *supra*) ; malgré cela, le bilan de la

¹⁰⁵ Aux termes du décret de 1991 les médecins de l'éducation nationale « sont chargés des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé auprès de l'ensemble des enfants scolarisés dans les établissements d'enseignement des premier et second degrés de leur secteur d'intervention ».

sixième année concernerait maintenant moins de la moitié du sous-ensemble constitué des catégories d'élèves sélectionnées¹⁰⁶. On est donc très loin de l'universalité.

[133] La réduction discrète des objectifs par rapport au socle réglementaire et aux circulaires en vigueur n'apportant aucune efficacité, il apparaît indispensable d'opérer explicitement des choix sur le fondement de l'expertise et des orientations politiques qui seront adoptées, y compris s'agissant du dimensionnement des moyens. Pour préparer ces choix s'agissant des bilans de santé, la mission propose à l'analyse les éléments suivants : est-il pertinent ou non de maintenir un ou plusieurs bilans de santé à vocation universelle ? Le cas échéant, à quel âge doivent-ils être menés ? Pour les bilans de santé à vocation non universelle, en lieu et place ou en complément des premiers, quels sont les critères pertinents de ciblage ? Ces bilans de santé, universels ou non, doivent-ils être des bilans médicaux ou peuvent-ils être des visites conduites par un infirmier ? Est-il pertinent, enfin, de les confier à un seul professionnel de santé ou préférable qu'ils soient réalisés par une équipe, si possible pluridisciplinaire ?

2.1.1.1 Intérêt des bilans de santé à vocation universelle

[134] La pertinence ou non de réaliser un ou plusieurs bilans de santé à vocation universelle dans le cadre de la politique de santé scolaire est une question relevant en premier lieu de la stratégie nationale de santé, qui détermine le parcours de santé. Dans l'organisation actuelle confiée à l'éducation nationale, comme dans l'hypothèse d'une décentralisation, les choix regardant la santé scolaire opérés dans ce cadre doivent s'inscrire dans le rythme scolaire, s'agissant principalement de détecter ou prévenir des troubles de nature à entraver les apprentissages et le développement de l'enfant¹⁰⁷, et de le faire en mobilisant des moyens relevant des autorités en charge de la santé scolaire.

[135] La réalisation d'au moins un bilan de santé à vocation universelle en milieu scolaire présente des intérêts multiples, qui ont fondé l'axe correspondant depuis 1945. Au regard de l'objectif de prévention individuelle, c'est la seule voie qui garantisse de ne pas laisser de côté des élèves ayant l'utilité d'un bilan de santé, ce qui peut être le cas pour de nombreuses raisons ; c'est plus encore le cas dans un contexte de difficulté d'accès, et d'accès lui-même très inégalitaire, à la médecine de ville. Les bilans de santé destinés à l'ensemble de la population scolaire ont vocation à concerner une diversité de points de diagnostic plus grande que des bilans effectués à la suite d'une alerte spécifique ; le Pr Sommelet soulignait en 2006 qu'une « *consultation (ou plutôt un bilan) du développement doit être programmé(e) ; on ne fait pas de dépistage et d'évaluation à l'occasion d'une maladie intercurrente ; il en est de même des conseils d'éducation pour la santé.* »¹⁰⁸. Ce dernier aspect est important aussi : dans une tension de moyens qui conduit l'éducation à la santé à passer le plus souvent au second rang, voire à n'être mise en œuvre que marginalement, un bilan de santé pour tous fournit à chaque élève et à sa famille une occasion au moins d'être sensibilisé à cette dimension essentielle.

¹⁰⁶ Cf. *supra* et annexe 7.

¹⁰⁷ Troubles cognitifs (neuro développementaux) ou psychosociaux (violences faites aux enfants, carences de soins)

¹⁰⁸ « *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé* », Professeur Danièle Sommelet, rapport au ministre des solidarités, de la santé et de la famille, 28 octobre 2006

[136] La réalisation d'un ou plusieurs bilans scolaires de santé à vocation universelle est la condition, aussi, pour que ce (s) bilan (s) constitue (nt) pour tous les enfants l'un des jalons du parcours de santé structuré par la stratégie nationale de santé. Au regard, enfin, de la participation à la veille épidémiologique qui est l'un des axes législatifs de la politique de santé scolaire¹⁰⁹, la réalisation d'au moins un bilan de santé à vocation universelle est un apport majeur.

[137] En l'absence aujourd'hui d'un tel bilan effectivement réalisé pour tous, ou au moins pour une part majoritaire de la population scolaire, cette fonction épidémiologique n'est plus prise en charge qu'à la marge par la santé scolaire. C'est d'autant plus le cas que les systèmes d'information sont durablement peu performants et non coordonnés¹¹⁰. Dans les présentations budgétaires rédigées par la DGESCO, les explications relatives à l'élaboration de l'indicateur « taux de réalisation du bilan de la sixième année » renseignent en creux sur l'absence de collecte des données par les systèmes d'information en principe en place : les données utilisées pour calculer le taux de réalisation des bilans sont systématiquement issues « d'une enquête spécifique auprès des académies ». Par ailleurs, de façon constante, les précisions méthodologiques relatives à cet indicateur soulignent l'absence d'homogénéité du bilan de la 6ème année sur le territoire : « Les modalités de passation du bilan de santé diffèrent selon l'organisation mise en place dans les académies ». Ces précisions méthodologiques indiquent aussi couramment que les taux de réalisation n-1 sont établis sur la base de données non exhaustives, « qui peuvent ne pas correspondre à la réalité globale de l'ensemble des académies ». Selon l'explicitation budgétaire, « le nouveau système d'information à disposition des médecins de l'éducation nationale, en cours de déploiement, vise, à moyen terme, l'amélioration du recueil des données ». Ces indications sont fournies à l'identique par les PLF 2017, 2018, 2019, 2021, 2022 et 2023 ; aujourd'hui l'application correspondante est toujours « en cours de déploiement ».

[138] De façon générale, toujours en l'absence tant d'universalité des données que d'un recueil et traitement fiable, les seules données disponibles sont obtenues par des enquêtes spécifiques, non par l'exploitation informatisée d'un bilan universel. Dans son étude relative au « dispositif

¹⁰⁹ L'article L. 121-4 du code de l'éducation dispose que le champ de la mission de promotion de la santé à l'école inclut notamment la participation à la veille épidémiologique par le recueil et l'exploitation de données statistiques (cf. supra). Cette mission incombe aux médecins de l'éducation nationale, qui doivent réaliser « le recueil des données chiffrées relatives aux indicateurs de santé de la population scolaire de son secteur d'intervention », « le recueil des données chiffrées relatives aux indicateurs de santé de la population scolaire » de leur secteur d'intervention, recenser « les données médicales issues de la réalisation du bilan de la sixième année et de la visite liée aux travaux réglementés, l'évolution des demandes de conditions spécifiques d'accueil pour les enfants atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période, présentant des troubles des apprentissages ou relevant du handicap, et la survenue dans la communauté scolaire des événements significatifs des besoins des élèves », participer « aux études épidémiologiques réalisées en lien avec les autorités de santé », mettre en place « en tant que de besoin le recueil de données nécessaires à l'analyse des besoins » sur leur secteur d'intervention (circulaire MENESR - DGESCO B3-1 n° 2015-118 du 10-11-2015). Parallèlement, les infirmiers de l'éducation nationale ont « une mission d'observation et de surveillance épidémiologique » (circulaire MENESR - DGESCO B3-1 n° 2015-119 du 10-11-2015).

¹¹⁰ Sous l'intitulé « Des systèmes d'information de santé scolaire à la peine », une communication de la Cour des comptes soulignait en décembre 2021 que « La structuration d'ensemble des systèmes d'information à la disposition des personnels de santé scolaire reste une difficulté centrale [...]. Les logiciels professionnels, distincts et non-interfaçables pour les médecins et infirmiers, sont pour certains obsolètes. Aucun lien n'est fait avec les logiciels utilisés en PMI. Ce recours à des logiciels métiers cloisonnés par profession est à contre-courant de la logique de déploiement du dossier médical partagé. » Selon les éléments recueillis, la situation n'a guère évolué depuis ce constat récent mais établi de façon récurrente par les rapports successifs.

statistique de surveillance et de recherche sur la santé de l'enfant », ¹¹¹ le Haut conseil pour la santé publique recensait ces enquêtes en 2019, et notait que dans le contexte décrit, « les difficultés matérielles de la transmission des données sont récurrentes et n'incitent pas les médecins à contribuer à l'analyse épidémiologique dont, pour certains, ils ne voient pas l'intérêt immédiat. La crainte d'un manque de confidentialité ajoute un obstacle à la transmission des données. La couverture insuffisante en professionnels de santé dans certains secteurs peut encore limiter l'exhaustivité des données ou leur représentativité. La qualité des données est diminuée par le nombre de valeurs manquantes ou erronées, les données recueillies devenues inutiles et les difficultés du mode de recueil. Enfin la non-utilisation de données pourtant recueillies et le non-retour d'informations, ne peut que limiter l'intérêt des médecins pour ce suivi épidémiologique pourtant essentiel. La dernière enquête santé-social produite par la DGESCO, en l'espèce pour les années 2013-2014 et 2015-2016, précise dès l'abord en note méthodologique que « Le recueil de données que représente l'enquête santé-social n'a pas la vocation d'être une étude épidémiologique sur la santé ou la situation sociale des élèves. Elle n'est pas exhaustive et ne comprend que les données relatives aux élèves et aux familles se présentant aux personnels de l'éducation nationale – élèves et familles qui sont informés des dispositifs existants ou enclins à les fréquenter – et non l'ensemble de la population scolaire ». Dans cette situation, les conventions ARS-rectorats mentionnées supra perdent de leur intérêt qui, pour les ARS en tous cas, reposerait en grande part sur la communication de données issues de l'exploitation du bilan de la sixième année.

[139] L'intérêt des bilans de santé à vocation universelle n'incite donc pas à en préconiser inconsidérément la suppression ; l'analyse tendrait au contraire à souligner leur multiple utilité, en termes de prévention, d'éducation à la santé, de contribution effective à l'épidémiologie. Il importe sur cette base d'interroger les conditions de leur réalisation.

2.1.1.2 Voies pour la réalisation effective d'un bilan de santé à vocation universelle : pour un bilan unique dans les premières années de scolarité

- **Pour un bilan unique dans les premières années de scolarité**

[140] Même en supprimant le cas échéant d'autres missions, il est pratiquement impossible, à court ou moyen terme, de mener à bien plusieurs bilans de santé destinés à l'ensemble des élèves scolarisés, eu égard à l'effectif global de médecins, à l'hétérogénéité de sa répartition sur le territoire (médecins de l'éducation nationale absents ou presque entièrement absents de différents départements notamment), et même à l'effectif infirmier sauf à vouloir le dédier très majoritairement à plusieurs bilans dont plus aucun ne serait médical. La politique de santé scolaire ne parvient pas même aujourd'hui à conduire un seul bilan de façon universelle. De son côté, la protection maternelle et infantile (PMI), en charge du bilan des 3 à 4 ans, parvient à le réaliser à 70 % selon le rapport Peyron¹¹² sans, pour autant, atteindre l'ensemble de la population concernée ; les inégalités interdépartementales, dont le même rapport précise qu'elles préexistaient à la décentralisation, et chiffre à des écarts de 10 % à 98 % selon les départements,

¹¹¹ « Le dispositif statistique de surveillance et de recherche sur la santé de l'enfant », Haut conseil pour la santé publique, octobre 2019

¹¹² « Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! » Rapport au Premier ministre, Michèle Peyron, députée, mars 2019.

sont moindres qu'au sein de la santé scolaire mais considérables, ce qui éloigne aussi de l'objectif d'universalité.

[141] Ce constat oriente, si le choix est fait du maintien d'un bilan de santé à vocation universelle au moins, vers l'organisation d'un bilan unique dans les premières années de scolarité. Le bilan médical de la sixième année correspondait jusqu'en 2019 à l'entrée en scolarité obligatoire - bien avant, le décret 48-2698 du 28 novembre 1946 le définissait comme la « *visite médicale d'incorporation scolaire* ». L'abaissement à trois ans de l'âge de la scolarité obligatoire supprime ce fondement d'un bilan conduit spécifiquement dans la sixième année.

[142] Par ailleurs, si la protection maternelle et infantile est décentralisée et la médecine scolaire de la responsabilité de l'éducation nationale, ces positionnements ne se traduisent pas, aujourd'hui, par des compétences étanches (cf. *supra*). L'article L. 541-1 du code de l'éducation dispose désormais que la visite médicale de PMI entre 3 et 4 ans reste confiée aux services de PMI bien qu'organisée à l'école ; et que « *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* ». Parallèlement, le rapport Peyron a alerté sur les très fortes difficultés de la PMI, confrontée à un financement structurellement insuffisant et à une accumulation législative de missions non sanitaires, qui conduisent à réduire les moyens de la prévention alors même que les évolutions sociétales nécessiteraient de les renforcer.

[143] Deux bilans de santé à vocation universelle sont donc prévus aujourd'hui, mais incomplètement réalisés, aux âges de 3-4 ans et 5-6 ans. La mission propose de les fonder en un seul, et d'organiser les moyens de la réalisation effective de ce bilan pour tous les enfants.

[144] Le rapport Peyron proposait, à l'occasion de l'abaissement à trois ans de l'âge obligatoire de la scolarisation, d'assurer une mission préventive universelle à destination des enfants de 3-4 ans en rendant le bilan de santé en école maternelle véritablement systématique. Il s'agirait d'en harmoniser le contenu par l'établissement d'un référentiel, d'assurer impérativement la réalisation de ce bilan en milieu scolaire et de le faire en invitant les parents pour assurer le lien famille-école, et de confier la réalisation du bilan à des infirmières puéricultrices. Ce rapport notait qu'un transfert de ce bilan à la médecine scolaire risquerait de s'accompagner d'une régression du taux de couverture, et que par ailleurs les infirmières de l'éducation nationale ne sont, en règle générale, pas des infirmières puéricultrices.

[145] Le rapport Peyron se plaçait dans la perspective d'un maintien d'une visite médicale à l'âge de six ans dans le cadre de la santé scolaire, et recommandait de s'assurer de la transmission à la médecine scolaire du bilan 3-4 ans. Mais les conditions de réalisation de ce schéma ne sont pas réunies : la faiblesse des effectifs ne permet pas l'universalité, et l'état évoqué des systèmes d'information rend aléatoire l'efficacité de la transmission prévue. Celle-ci est altérée notamment par l'absence de système d'information commun ou au moins compatible entre la santé scolaire et les PMI, et l'absence au sein de la santé scolaire de modalités homogènes, et sécurisées au regard du secret médical¹¹³, de réception et de conservation des dossiers papier. La nécessité de

¹¹³ Les échanges de données protégées par le secret médical dans le cadre de la politique de santé scolaire posent au demeurant des questions qui mériteraient davantage d'explicitation. Le secret médical en est effet défini très largement dans son champ puisqu'il couvre l'ensemble des informations concernant une personne, par ailleurs le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie d'une même équipe de soins,

bon sens, formulée notamment par le rapport Sommelet, d'une « *bonne articulation entre les différents intervenants /.../ exigeant des systèmes d'information permettant d'enregistrer les indicateurs et les déterminants de santé au niveau d'une population* » n'est pas assurée aujourd'hui non plus qu'elle ne l'était au moment de la remise de ce rapport en 2006.

[146] L'intérêt, largement souligné par la doctrine, d'une continuité du parcours de santé n'est donc pas assuré par les systèmes d'information ; à cet égard, le positionnement d'un bilan universel unique dans les services de la santé scolaire supprimerait la solution de continuité à ce niveau et au-delà. Mais en toute hypothèse, l'organisation adoptée en termes de portage institutionnel pourra alors construire une continuité : soit la santé scolaire reste une compétence d'État, lequel devrait alors assumer la totalité du parcours sur la base du bilan initial, soit les objectifs et moyens de la santé scolaire sont décentralisés, particulièrement aux conseils départementaux, et la même continuité pourra alors prévaloir sous leur égide¹¹⁴. Une telle réforme ne supprime pas la nécessité de travailler à l'interopérabilité des systèmes d'information¹¹⁵, mais limite les conséquences de son absence en l'état. Surtout, elle permet à la fois l'effectivité d'un bilan universel et l'affectation du côté de la PMI, comme de celui de la santé scolaire, de davantage d'effectifs à des missions essentielles : du côté de la PMI, un accompagnement renforcé en cohérence avec les objectifs posés par la commission Cyrulnik¹¹⁶, du côté de la santé scolaire, un investissement plus effectif au service de la prévention, notamment au service de l'éducation à la santé.

- **L'âge pertinent d'un bilan unique à vocation universelle**

[147] Différents rapports, parmi lesquels celui du Pr Sommelet, et travaux de doctrine ont étudié l'âge pertinent des bilans de santé. Ils ont généralement insisté sur la nécessité d'un bilan précoce. D'autres travaux ont interrogé la pertinence du maintien de deux bilans peu distants dans le temps, concomitamment à la réalisation très lacunaire d'autres missions, sans analyser précisément l'âge pertinent d'un éventuel bilan unique en lieu et place des deux précédents. Dans

d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne doit s'adresser uniquement à un ou plusieurs professionnels identifiés et requiert le consentement préalable de la personne concernée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (art. L1110-4 CSP). L'équipe de soins est définie ici comme un ensemble de professionnels qui participent « *directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes* » (art. L1110-12 CSP) et qui exercent dans des conditions réglementairement définies. Les échanges de données protégées par le secret médical dans le cadre de la politique de santé scolaire doivent donc *a minima* avoir été organisés au sein d'un ensemble de professionnels de santé reconnus comme intervenant dans un tel cadre, avoir été autorisés par les représentants légaux des élèves mineurs et ne pas excéder un cercle identifié de professionnels. La mission a demandé mais non obtenu des services du MEN la communication de l'avis de la CNIL dont ceux-ci ont fait état en réponse aux questions posées relatives aux systèmes d'information.

¹¹⁴ Jusqu'à tel ou tel cycle scolaire le cas échéant si cette décentralisation était partielle.

¹¹⁵ Cf. sur ce sujet : « *Outils et systèmes d'information pour les politiques sociales décentralisées* », IGAS, février 2009

¹¹⁶ « *Les progrès scientifiques, issus de plusieurs champs de recherche, légitiment en effet un investissement le plus précoce possible dans cette période importante de la vie de tout être humain et il est indispensable d'accompagner au mieux les parents pour répondre de manière adaptée aux besoins de leurs enfants.* » (« *Les 1000 premiers jours* », rapport de la commission d'experts présidée par Boris Cyrulnik, mars 2020).

ce contexte, la mission recommande de confier la détermination de cet âge aux expertises croisées qui sont mobilisées notamment dans le cadre des Assises de la pédiatrie.

- **Quels professionnels de santé pour la réalisation de ce bilan ?**

[148] Pour la réalisation de cet unique bilan de santé systématique si la décision en est prise, le choix des professionnels de santé retenus peut, comme c'est le cas dans l'organisation actuelle de la politique de santé scolaire, être articulé en une alternative : soit le médecin, comme aujourd'hui pour le bilan des six ans là où il est mené, soit le personnel infirmier, comme aujourd'hui pour le bilan des onze ans là où il est mené. L'intérêt d'un diagnostic précoce de différents troubles et pathologies désigne alors le médecin ; la recherche d'une organisation réaliste y compris dans les départements dépourvus de médecins scolaires, ou bien le choix de préserver la disponibilité des médecins pour des interventions autres, oriente au contraire vers le personnel infirmier.

[149] Pour autant, cette organisation scindée présente des inconvénients forts ; des bilans conjuguant l'intervention de différents professionnels de santé, comme ils sont pratiqués par exemple dans différentes villes délégataires, constituent un fonctionnement plus performant, à la fois plus complet pour l'enfant et moins consommateur de temps pour chacun des professionnels impliqués. A Bordeaux par exemple, les bilans sont ainsi assurés par des équipes associant médecin, infirmier, puéricultrice dans certains cas et secrétaire médico-social, dont les rôles sont complémentaires.

[150] Dans le cadre de la PMI, les bilans de santé en école maternelle sont, selon le rapport Peyron, réalisés à 83 % par des infirmières puéricultrices, avec en cas de trouble une orientation de l'enfant vers le médecin de PMI, le médecin traitant ou un médecin spécialiste. Sans considération des textes et circulaires en vigueur, ce type de fonctionnement, avec des bilans conduits en premier regard en l'occurrence par les infirmiers, prévaut pour partie dans l'éducation nationale pour la réalisation du bilan de la sixième année. Le choix d'une généralisation de cette option impliquerait un dimensionnement de « bilans infirmiers » qui soit compatible avec les décrets de compétence de la profession, donc notablement plus réduit que le cadre fixé pour l'actuel bilan médical de la sixième année.

[151] En conclusion des développements précédents, la mission recommande d'organiser, pour l'avenir, un et un seul bilan de santé obligatoire à un âge précoce, déterminé par les expertises croisées qui sont mobilisées notamment dans le cadre des Assises de la pédiatrie. Le calendrier et la teneur de cette réforme seront ajustés en fonction des orientations débattues concernant le portage institutionnel de la santé scolaire. En cas de maintien notamment de la gestion des personnels de santé scolaire par l'éducation nationale, les modalités d'organisation de ce bilan, conduit de préférence par des équipes pluridisciplinaires, relèveront principalement de l'éducation nationale ; en cas de décentralisation de cette gestion, elles relèveront pour l'essentiel des représentants des conseils départementaux en lien avec le ministère en charge de la santé. Dans tous les cas, une co-construction est très souhaitable.

Recommandation n°2 Pour un et un seul bilan de santé obligatoire et universel dans les premières années, fonder à court terme le bilan médical de la 6ème année et le bilan des 3/ 4 ans relevant de la PMI. Pour ce faire, confier aux Assises de la pédiatrie la détermination de l'âge pertinent pour ce bilan, et analyser les conditions de son universalité effective comme de sa mise en place dans une démarche de co-construction entre les ministères concernés et les conseils départementaux.

2.1.1.3 Orientations et critères de ciblage pour les bilans non universels

- **Pour l'accès réservé à certains bilans de santé, des critères nationaux contestables et difficiles à faire évoluer**

[152] Pour des bilans non universels en droit ou en pratique, deux types de modalités de sélection des populations bénéficiaires s'opposent : celles qui sont basées sur des critères externes à l'élève et sa famille, sélectionnant pour l'accomplissement d'une prestation tel ou tel type de territoire ou d'établissement ; celles au contraire qui sont propres à l'élève, voire à sa famille.

[153] Pour restreindre la cible du bilan de la sixième année, l'éducation nationale a mis en œuvre exclusivement des critères externes aux élèves considérés individuellement : territoires relevant de l'éducation prioritaire (REP et REP+), enseignement public plutôt que privé.

[154] Au contraire, la restriction plus forte encore du champ des bilans médicaux antérieurement effectués en classe de troisième a conduit à en cibler la réalisation sur la base de critères propres, individuellement, aux élèves : il ne subsiste qu'une évaluation médicale destinée aux élèves souffrant de troubles invalidants, évaluation devant être effectuée dans le cadre de l'orientation afin de détecter les éventuelles contre-indications à certaines formations envisagées¹¹⁷.

[155] Les critères de l'éducation prioritaire¹¹⁸ sont censés concerner sinon les élèves, du moins leurs familles, trois sur quatre d'entre eux étant basés sur leur situation financière. Cette présentation doit cependant être relativisée à un double titre. D'une part, les délimitations retenues peuvent correspondre inégalement à un degré particulier de difficultés, comme le constate le rapport Azéma-Mathiot¹¹⁹ fondé sur des travaux réalisés par la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) du ministère de l'éducation nationale. D'autre part, la cartographie de l'éducation prioritaire n'épuise pas celle des difficultés sociales : les élèves « *les plus modestes* »¹²⁰ sont scolarisés, pour 70 % d'entre eux, hors éducation prioritaire. L'approche en réseau d'écoles et d'établissements conduit à exclure du champ de l'éducation prioritaire, notamment, des écoles isolées ou des territoires de petite taille en situation de

¹¹⁷ Les avis formulés sur l'orientation sont formulés en concertation avec la famille au sein des équipes de suivi de la scolarisation (ESS). Ces avis comportent de manière systématique un avis médical.

¹¹⁸ Taux de catégories socio-professionnelles défavorisées ; taux d'élèves boursiers ; taux d'élèves résidant dans un quartier politique de la ville, taux d'élèves ayant redoublé avant la sixième.

¹¹⁹ « *La politique d'éducation prioritaire s'est déployée d'après des critères sociaux mais, selon la mission, elle est parfois mise en œuvre indépendamment des politiques d'aides sociales. La mission en veut pour preuve l'inégal recours aux bourses ou au fonds sociaux dans les établissements de l'éducation prioritaire* ». (« *Territoires et réussite* » rapport au ministre de l'éducation nationale, Ariane Azéma et Pierre Mathiot, novembre 2019).

¹²⁰ *Idem*, rapport cité.

fragilité, sans que ne soit fondée l'absence de prise en compte des difficultés des territoires périphériques, ruralité comprise. On appelle ainsi « écoles orphelines » des écoles dont les élèves connaissent des difficultés sociales équivalentes à celles qui caractérisent, en principe uniformément, l'éducation prioritaire, mais sont scolarisés sur un collège socialement et scolairement plus mixte ou en tout cas non classé REP+ ou REP¹²¹.

[156] L'appréhension globalisée du degré de difficultés sociales, a fortiori sanitaires, censées être homogènes et délimitées à tel ou tel établissement ou zonage doit pour le moins être relativisée ; des chefs d'établissements et équipes éducatives rencontrés ont fait état de fortes difficultés sociales ou familiales touchant une partie de leurs élèves, bien que leur école ou établissement soit situé dans un territoire globalement plus épargné que d'autres ; en partie de ce fait, ils ne disposaient pas des personnels nécessaires pour accompagner ces élèves. Le rapport Azema-Mathiot préconise de sortir d'une logique exclusivement binaire de zones estampillées ou non, pour favoriser des politiques adaptées à la diversité des contextes territoriaux et « centrées sur les élèves, plus que sur la gestion du système ».

[157] Il ne s'agit pas d'oublier le principe de « l'universalisme proportionné » rappelé par le rapport Peyron, principe qui vise à « offrir des interventions universelles destinées à l'ensemble des personnes mais avec des modalités ou une intensité qui varie selon les besoins »¹²². Mais de prendre en compte les limites à cet égard des politiques de zonages, relativement commodes en termes de gestion des politiques publiques mais reposant sur des fondements fragiles, présentant une efficacité relative et laissant de côté une partie conséquente des populations concernées.

[158] Dans un contexte de forte pénurie de personnels de santé, il n'est pas simple pour autant de concevoir des critères de principe liés, hors examen, aux élèves ou à leurs familles pris individuellement. Dans un constat non actualisé ici, le rapport Sommelet faisait état de bilans de santé proposés dans des centres de santé ou de médecine préventive aux enfants affiliés au régime d'assurance maladie, ainsi qu'aux enfants dont les parents étaient bénéficiaires du RMI ou de la CMU. Ce type de ciblage peut être pertinent pour la mise en œuvre de certaines politiques publiques et le cas échéant pour une partie du parcours de santé ; il paraît pour autant difficile et peu adapté de l'utiliser pour fonder l'accès à des bilans de santé scolaire. Pour ces bilans, les familles ne sont pas confrontées à des difficultés de financement, mais d'accessibilité de la prévention et des soins.

[159] Globalement, la conception de critères de principe pertinents ouvrant ou non l'accès à tel ou tel bilan de santé scolaire, qui dessineraient une cartographie nationale des difficultés effectives, est structurellement difficile.

- **L'utilité de cibrages proches du terrain et de marges d'action pour les professionnels de santé**

[160] Ce constat conduit à proposer que les éventuels cibrages soient arrêtés non pas nationalement, mais au plus proche des réalités territoriales en prenant en compte les caractéristiques propres aux bassins de vie, qu'elles soient démographiques, sociologiques, résidentielles, culturelles ou autres. En l'absence le cas échéant de décentralisation, ils devraient

¹²¹ Rapport Azéma-Mathiot.

¹²² Poissant, INSPQ, 2014.

être conçus en association étroite avec les collectivités territoriales, eu égard notamment à leurs compétences en termes de mobilité, d'aide sociale, de jeunesse, etc. Quel qu'en soit le portage institutionnel, ils devraient prendre en compte aussi, en partenariat avec les directions de la santé publique et environnementale¹²³ et les délégations territoriales de l'ARS, les facteurs externes d'altération de la santé humaine (qualité de l'air et de l'eau, exposition à des polluants, températures extrêmes, etc.) qui, dans une partie au moins des bassins de vie, rendent pertinents voire nécessaires des diagnostics thématiquement ciblés.

[161] En deçà de ces ciblage, il paraît indispensable d'organiser les missions des professionnels de la santé scolaire de façon telle que la fonction d'écoute de proximité, et le cas échéant de dépistage sur cette base et sur celle des alertes émanant d'un membre de l'équipe éducative, puisse effectivement être mise en œuvre, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui¹²⁴. C'est une nécessité notamment en termes de santé mentale. L'établissement d'un bilan des élèves en classe de troisième par les médecins, abandonné par les circulaires de 2015¹²⁵, comportait un volet prévention (sexualité, addictions) et une attention particulière au bien-être des jeunes et à leur état psychologique : « *L'objectif est de repérer les signes d'appel de mal être, de diagnostiquer les psychopathologies et de donner tout conseil relatif à la scolarité en amont des procédures d'orientation* »¹²⁶. De récentes enquêtes en santé publique sur la santé mentale des jeunes¹²⁷ montrent qu'une part importante d'entre eux souffre de troubles dépressifs et anxieux ; aussi ce défaut de prise en charge apparaît-il aujourd'hui comme un point faible, malgré la présence des infirmiers qui, mais dans la mesure du possible seulement¹²⁸, assurent un rôle d'écoute, de conseil et d'orientation vers le soin.

[162] Dans ce contexte, il existe une réelle interrogation sur le rôle des psychologues scolaires dans le second degré, de spécialité « éducation, développement et conseil en orientation scolaire et professionnelle » (EDO). Marie-Rose Moro¹²⁹, pédopsychiatre et initiatrice du nouveau statut des psychologues scolaires, pointe la difficulté de ces personnels à opérer la mutation profonde de leur métier et mission : « *Les psy-EN ont changé leur statut car ils s'occupaient exclusivement d'orientation - normalement ce n'est plus le cas mais ceux qui ont été formés avant 2017 n'entendent pas renoncer à ne faire que de l'orientation. Les nouveaux ne se sentent pas forcément personnels de santé car ils expriment une certaine peur en l'absence d'équipe ou de réseau de soin* ». ¹³⁰

[163] Les compétences des EDO sont prioritairement mobilisées pour l'accompagnement des parcours des jeunes vers la qualification et l'emploi. Avec la création d'un corps unique de psychologues de l'éducation nationale, et même si subsistent encore en l'état deux filières d'exercice¹³¹, la priorité pourrait utilement être donnée plutôt à une approche de la psychologie

¹²³ Quelles qu'en soient les dénominations.

¹²⁴ Cf. *supra*, I .3.

¹²⁵ Cf. *supra*.

¹²⁶ Cf. circulaire de 2001 sur les orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves.

¹²⁷ Cf. par exemple : « *Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes* », DREES, juin 2022.

¹²⁸ Cf. *supra*, I .3.

¹²⁹ Pédopsychiatre, PUPH en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'université de Paris, cheffe de service de « *La maison de Solenn* », centre de soins pour adolescents de l'hôpital Cochin, conseillère de la défense des droits pour les enfants.

¹³⁰ Entretien avec la mission.

¹³¹ Dites « EDA » et « EDO », cf. annexe 4.

de l'orientation, différente de la seule détermination des bilans d'aptitudes et d'intérêts, et mettant aussi l'accent sur l'investigation clinique et la détection d'un mal-être ou d'éventuels troubles ; ceux-ci restent majoritairement repérés, pour autant qu'ils le soient chez les adolescents, au sein des établissements scolaires.

[164] Une telle évolution serait conforme aux orientations préconisées par la médiatrice de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur ; dans son rapport 2020, celle-ci constate une évolution des attentes et plaide pour une mobilisation correspondante des ressources ; elle note que le changement de statut des psy-EN va de pair avec l'évolution des attentes ministérielles « *Lutte contre le harcèlement scolaire et gestion de crise, prise en compte des élèves à besoins particuliers et mise en place de politiques inclusives, participation aux initiatives sur le climat scolaire et promotion du bien-être à l'école, particulièrement pendant la période de pandémie* ». Une telle réorientation du travail des EDO, qui rendrait utile une formation complémentaire pour ceux d'entre eux qui ne l'ont pas reçue précédemment, serait cohérente aussi avec la présentation des objectifs du programme 230 par la DGESCO¹³² pour la période récente, selon laquelle notamment « *les professionnels de santé de l'éducation nationale sont pleinement mobilisés dans l'accompagnement et le soutien des élèves dont la santé psychique a été fragilisée par la crise sanitaire et ses conséquences* » ; en l'état, la surabondance de missions desdits professionnels entrave cependant cette mobilisation et l'écoute nécessaire¹³³.

[165] La préconisation d'un unique bilan précoce à vocation universelle ne vise pas à nier l'utilité de bilans à d'autres stades, mais à organiser la réalisation effective d'un bilan systématique au moins, en prenant en compte les missions qui devront être maintenues par ailleurs, et l'état réel des moyens disponibles. Dans l'étude de 2019 précitée, le Haut conseil pour la santé publique soulignait « *l'absence de visibilité sur l'avenir car les enquêtes scolaires reposent sur ces bilans, et il n'est pas possible de savoir si le dispositif va perdurer, notamment du fait de l'état de la médecine scolaire* ».

[166] Complémentairement à la recommandation précédente, la mission préconise, pour des bilans ultérieurs ciblés dans la mesure où il sera possible de les conduire, de prévoir la détermination des critères pertinents aux niveaux départementaux et infra-départementaux plutôt que nationalement ; de veiller à une organisation d'ensemble des missions des professionnels de santé qui leur permette d'investir effectivement la fonction d'accueil de proximité et de dépistage ; eu égard à la suppression de fait du bilan médical de troisième prévu par le décret en vigueur relatif aux missions des médecins de l'éducation nationale, de mobiliser les actuels psychologues « EDO », non nécessairement en lien immédiat avec les fonctions d'orientation, au service de cette mission d'accueil, d'écoute et de veille dans les collèges, dans le cadre d'une évaluation d'ensemble à mener sur les missions des psychologues scolaires.

Recommandation n°3 Pour des bilans ciblés postérieurs au bilan précoce systématique préconisé, prévoir la détermination des critères pertinents aux niveaux départementaux et infra-départementaux, en prenant en compte les caractéristiques propres aux bassins de vie ; veiller à une organisation d'ensemble des missions des professionnels de santé qui leur permette d'investir effectivement la fonction d'accueil de proximité et de dépistage.

¹³² PLF 2013, programme 230, projet annuel de performances.

¹³³ Cf. *supra*, 1.

2.1.2 La problématique des « travaux réglementés »

[167] L'une des missions qui sollicite beaucoup les médecins de l'éducation nationale est la délivrance annuelle d'un avis médical d'aptitude pour les jeunes en formation professionnelle, lorsque ces formations comportent des travaux potentiellement dangereux. Cette obligation est fixée par le code du travail¹³⁴, ses modalités d'application ont été explicitées par une instruction interministérielle co-signée notamment par la DGESCO¹³⁵. Elle s'inscrit dans le cadre de la protection des travailleurs, en l'occurrence en formation, dans les environnements professionnels dangereux : le code du travail¹³⁶ impose un avis médical d'aptitude pour les élèves mineurs de 15 ans au moins devant effectuer, par dérogation aux dispositions légales en vigueur¹³⁷, des travaux les exposant à des risques pour leur santé, leur sécurité, leur moralité ou excédant leurs forces, dans le cadre de leur formation professionnelle ou technologique. La circulaire DGESCO du 10 novembre 2015 relative aux missions des médecins de l'éducation nationale mentionne parmi les visites médicales obligatoires la visite préalable à l'affectation de l'élève mineur aux travaux réglementés¹³⁸.

[168] L'avis médical d'aptitude est obligatoire préalablement à toute affectation du jeune à ces travaux ; le code du travail confère au chef d'établissement la responsabilité de ne pas affecter les jeunes aux travaux concernés avant la délivrance du certificat médical d'aptitude, et de tenir les informations correspondantes à la disposition de l'inspection du travail¹³⁹. La délivrance de l'avis relève exclusivement du médecin de l'éducation nationale¹⁴⁰. Les médecins rencontrés déclarent y passer chaque année l'essentiel, ou une part très conséquente, de leur temps entre la rentrée de septembre et décembre, pour certains jusqu'en janvier-février.

2.1.2.1 Des obligations très incomplètement respectées et parfois interrogées

[169] Les obligations correspondantes répondent à un objectif important, comme l'illustre l'annexe de l'instruction précitée qui détaille la nature des travaux réglementés¹⁴¹. Elles sont pour autant très incomplètement respectées : dans une partie non quantifiée mais semble-t-il conséquente des établissements, les visites médicales ne sont plus menées annuellement, mais seulement lors de la première année de formation, en classe de seconde professionnelle et

¹³⁴ Art. R4153-38 à R4153-45 de ce code.

¹³⁵ Instruction interministérielle DGT/CT1/DGEFP/DPJJ/DGESCO/DGCS/DGER/DAFSL/2016/273 du 7 septembre 2016 relative à la mise en œuvre des dérogations aux travaux interdits pour les jeunes âgés de quinze ans au moins et de moins de dix-huit ans.

¹³⁶ Art. R4153-40 et R4153-45 du code du travail.

¹³⁷ Art. L4153-9 du code du travail.

¹³⁸ Pour les élèves relevant de l'éducation nationale, seules les formations conduisant à la délivrance d'un diplôme professionnel ou technologique sont concernées, à l'exclusion de la réalisation d'activités pédagogiques dans les salles ou les laboratoires de sciences des établissements scolaires pour les élèves de collège et ceux de la voie générale du lycée.

¹³⁹ Art. R4153-45 modifié du code du travail.

¹⁴⁰ Hors enseignement agricole, *cf. infra*.

¹⁴¹ Travaux exposant à des agents chimiques dangereux, travaux exposant à des agents biologiques, travaux exposant aux vibrations mécaniques, travaux exposant à des rayonnements, travaux en milieu hyperbare, travaux exposant à un risque d'origine électrique, travaux comportant des risques d'effondrement et d'ensevelissement, etc.

première année de certificat d'aptitude professionnelle. Pour les classes de première et terminale, il y a alors une carence visible ou non : soit les élèves sont affectés aux travaux réglementés sans avis médical, soit l'avis médical est délivré par le médecin de l'éducation nationale hors visite médicale¹⁴². Certains rectorats laissent en effet aux MEN la possibilité de procéder par renouvellement, à partir de renseignements fournis par la famille et l'élève, le cas échéant au vu d'un bilan infirmier, ou du bilan médical de la visite d'aptitude initiale. La déclaration d'aptitude est alors émise uniquement sur dossier.

[170] Outre les responsabilités engagées par de telles pratiques¹⁴³, on discerne mal la portée protectrice ou préventive d'un avis médical individuel non fondé sur un examen. L'instruction interministérielle précitée précise notamment que le médecin compétent doit apprécier si l'état de santé physique ou psychologique du jeune concerné ne contre-indique pas son affectation à tel ou tel type de travaux. La pratique d'attestations médicales d'aptitude par apposition d'un tampon sur le formulaire d'avis, générée çà et là par la pénurie de médecins de l'éducation nationale, ne remplit pas cette mission ; elle vide de son sens la réglementation correspondante et constitue une utilisation quelque peu absurde du temps médical, ce qu'ont fréquemment souligné les médecins auditionnés.

[171] La rareté de la ressource médicale conduit par ailleurs certaines directions des services départementaux (DSDEN) à ne faire examiner que les élèves relevant d'une partie des formations concernées, dont elles estiment que les risques sont particulièrement élevés. La grille de hiérarchisation des risques alors utilisée pour opérer un tri au sein de la sélection de formations correspondant à des travaux réglementés n'est pas publique, les échanges entre la DSDEN et les chefs d'établissement restent informels, voire sous-entendus. Cette situation ne supprime ni les risques, ni les responsabilités potentielles en cas d'accident ou de pathologie liée à une situation ou exposition dangereuse.

[172] Dans le même ordre d'idées, un rectorat au moins a expérimenté des visites médicales préalables aux travaux réglementés par téléconsultation, une partie des élèves bénéficiant d'une visite médicale en présentiel, les autres seulement d'une téléconsultation. Les responsables légaux ont alors été informés par courrier de cette possibilité, ce qui place les élèves en situation inégale, en fonction de la plus ou moins grande faculté de leurs familles à réagir.

[173] Les responsables concernés sont généralement conscients de l'importance des modalités de dérogation à l'interdiction d'affecter les jeunes gens aux travaux réglementés, et s'efforcent pour certains de palier au moins mal la pénurie médicale. Dans un département au moins, un protocole a été mis en place qui renforce l'implication du chef d'établissement, s'appuie sur la participation régulière des coordinatrices médecins et secrétaires aux réunions de bassin des chefs d'établissement, implique davantage les secrétariats d'établissements et les secrétaires médicales référentes, avec la remise d'un questionnaire médical et d'une lettre aux parents lors des inscriptions.

[174] Dans certains secteurs de formation, l'enseignement agricole par exemple, il n'y a souvent plus du tout de médecins de l'éducation nationale pour effectuer les visites nécessaires. Pour les

¹⁴² Plus souvent semble-t-il selon les entretiens menés, qui ne présentent cependant aucun caractère de représentativité.

¹⁴³ Cf. supra, partie 1.2.3. de ce rapport.

jeunes relevant des établissements d'enseignement agricole, peuvent également intervenir, réglementairement, les médecins du travail de la mutualité sociale agricole par convention avec l'établissement¹⁴⁴, ou, à défaut, un médecin autre avec lequel l'établissement d'enseignement agricole a conclu une convention ; pour ces catégories de médecins aussi, les lycées agricoles se heurtent cependant à un problème d'effectifs.

[175] Au-delà de la pénurie médicale, la visite préalable à l'affectation aux travaux dangereux est parfois critiquée dans ses modalités. En effet, son caractère préalable à l'affectation à ces travaux, cohérente avec l'objectif recherché, voire inhérent à cet objectif représente une difficulté intrinsèque puisque tous les élèves ne peuvent être examinés en même temps au moment de la rentrée scolaire. En pratique¹⁴⁵, soit l'obligation n'est pas respectée en ce qui concerne le caractère préalable de la visite médicale car les élèves doivent commencer leurs travaux avant d'avoir pu être examinés, soit l'obligation de visite préalable conduit à différer l'accès des élèves à une partie de leur formation ; généralement les formations ne sont pas structurées annuellement en deux phases, seule la seconde incluant du travail en environnement dangereux.

[176] Plus fondamentalement, une partie des médecins de l'éducation nationale rencontrés a estimé peu utile le travail que représente ces visites et rédactions d'avis, signalant la rareté des attestations d'incompatibilité. De façon comparable, un groupe de travail réuni en 2015 sur le thème "*Aptitude et médecine du travail*"¹⁴⁶ a noté, concernant les candidats à une embauche, la très faible proportion des visites qui conduisent à des avis d'aptitude avec réserves, ou d'inaptitude. Ce groupe a aussi émis des réserves dont certaines pourraient concerner la vérification de l'aptitude d'élèves à une formation en environnement dangereux. Il a notamment interrogé la pertinence des notions d'aptitude et d'inaptitude. Soulignant que le principe de la vérification de l'aptitude à des postes de sécurité est indispensable, il a indiqué cependant que sa mise en œuvre se heurte à des difficultés. Ainsi, s'agissant toujours des salariés, la visite médicale ne donne pas nécessairement accès à une connaissance complète de leur état de santé, étant donné les moyens d'investigation limités auquel le médecin du travail a recours ; étant donné, aussi, que l'avis d'aptitude n'est pas prédictif de l'évolution de l'état de santé du salarié, mais traduit une photographie imparfaite d'un état de santé à un instant donné ; étant donné enfin que l'avis ne peut tenir systématiquement compte des risques à effet différé. Par ailleurs, le groupe a indiqué que la connaissance des postes de travail par le médecin du travail est parfois insuffisante, lorsque l'avis médical est émis sans que le médecin ait pu vérifier dans l'entreprise les caractéristiques du poste de travail en cause.

[177] Le groupe de travail a cependant noté aussi le nombre élevé en valeur absolue, s'il est réduit en pourcentage, des avis d'inaptitude délivrés chaque année par les médecins du travail¹⁴⁷, et la

¹⁴⁴ Art. D. 717-38 du code rural et de la pêche maritime.

¹⁴⁵ Sauf à pouvoir effectuer la visite médicale avant la rentrée scolaire ce qui, au moins pour la première année de formation, n'apparaît pas réaliste.

¹⁴⁶ Rapport du groupe de travail "*Aptitude et médecine du travail*", Michel Issindou, député, Christian Ploton, membre de la DRH du groupe Renault, Sophie Fantoni-Quinton, professeur de médecine du travail, Dr Anne-Carole Bensadon, membre de l'inspection générale des affaires sociales, Hervé Gossé, membre de l'inspection générale des affaires sociales, mai 2015.

¹⁴⁷ Ils sont 162 279 selon les données de l'inspection médicale du travail pour l'année 2012 dans vingt régions, même si ce chiffre est supérieur à celui du nombre de salariés inaptes, deux avis d'inaptitude pouvant être délivrés la même année pour un même salarié (source : rapport du groupe de travail).

gravité des conséquences qui en découlent, pouvant aller jusqu'au licenciement. S'agissant non de salariés, mais d'élèves s'engageant dans une formation, l'intérêt d'une démarche évitant au moins en partie ce risque ultérieur, démarche qui avec la protection sanitaire participe des fondements de la réglementation en vigueur, ne peut être écarté légèrement. Il est pour autant nécessaire d'examiner les voies d'évolution permettant de sortir de l'impasse d'une réglementation très partiellement appliquée, et des risques sanitaires et juridiques afférents.

2.1.2.2 Les voies d'évolution et leurs limites

[178] Trois types d'évolution pourraient orienter vers une situation satisfaisante. Le premier serait, à corpus normatif identique, une augmentation très notable du nombre de médecins scolaires, voie dont le réalisme de court terme apparaît limité¹⁴⁸ quel que soit le portage institutionnel de la politique de santé scolaire. Deux autres types d'évolution peuvent dans l'absolu être envisagés, qui libéreraient du temps pour les médecins scolaires et ouvriraient la voie d'une mise en œuvre plus effective des règles en vigueur. Ils impliquent tous deux des modifications normatives et consistent, pour l'un, en un allègement des obligations visées, pour l'autre, en une extension, voire un transfert, de la compétence correspondante à d'autres catégories de professionnels de santé.

[179] L'ajustement des obligations en vigueur concernant les jeunes travailleurs et les jeunes en formation professionnelle a déjà été recherché par des réformes menées il y a quelques années seulement, qui ont actualisé la liste des travaux interdits et réglementés¹⁴⁹. Au-delà, l'allègement des obligations en vigueur a des limites qu'il conviendrait le cas échéant de préciser, car les dérogations à l'interdiction de faire travailler des jeunes de moins de dix-huit ans à des travaux dangereux relèvent de la transposition de règles européennes, particulièrement de la directive européenne n° 94/33/CE du 22 juin 1994 relative à la protection des jeunes au travail. Sous réserve donc de cette compatibilité, deux types de mesures allégeraient beaucoup les « travaux réglementés » : la suppression du caractère annuel de l'avis médical requis, voire l'éventualité d'un remplacement de l'examen médical individuel par une analyse systémique des incompatibilités et risques inhérents à une partie au moins des formations.

- **Avantages et inconvénients d'une éventuelle suppression du caractère annuel de l'avis médical requis**

[180] Le caractère annuel des avis requis alourdit beaucoup la tâche attendue des médecins scolaires, et est incompatible, toutes autres missions maintenues par ailleurs, avec les effectifs actuellement disponibles. La suppression de l'annualité, déjà pratiquée par nécessité mais en violation du cadre juridique, maintiendrait le poids actuel des visites effectuées en classe de seconde professionnelle mais mettrait, pour les niveaux ultérieurs, les pratiques en cohérence avec le droit. Par ailleurs, la réalisation d'une visite médicale approfondie, appréhendant les risques d'inaptitude au regard de l'environnement de formation professionnelle dans l'ensemble du cycle, serait peut-être suffisante. Dans le cadre d'une telle limitation des avis requis, la mission préconiserait au demeurant de cibler les visites non seulement vers les élèves de seconde, mais

¹⁴⁸ Cf. *infra*, 2.2.

¹⁴⁹ Comme le rappelle l'instruction interministérielle précitée : décrets n° 2013-914 et 2013-915 du 11 octobre 2013 puis décrets 2015-443 et 2015-444 du 17 avril 2015, actualisant notamment la liste des travaux interdits et réglementés.

aussi vers les nouveaux élèves entrants de première et terminale, comme le fait d'ores et déjà par exemple le protocole académique mis en place par le rectorat de Grenoble.

[181] Défavorable à une telle orientation, la direction générale du travail (DGT) interrogée sur le sujet a estimé cette mesure inopportune ; elle a souligné l'importance des visites correspondantes en termes de prévention comme de sensibilisation des élèves aux enjeux sanitaires, ainsi que le niveau élevé de l'accidentologie chez les jeunes ; elle a indiqué par ailleurs qu'un allègement des obligations de surveillance envers les jeunes serait incohérent avec les orientations du quatrième plan santé au travail et avec le plan 2022-2025 de lutte contre les accidents graves et mortels, qui comporte des mesures spécifiques regardant les jeunes. Dans le même sens, la circulaire DGESCO du 10 novembre 2015 soulignait que la visite médicale préalable à l'affectation de l'élève mineur aux travaux réglementés constitue « *un temps fort pour une évaluation de l'état de santé d'un jeune et pour une prévention individuelle à l'entrée d'une formation professionnelle* ».

[182] Le maintien d'un écart systémique entre la réglementation et les moyens de la mettre en œuvre n'apparaît pour autant pas défendable, non plus que la rédaction des avis requis hors visite médicale effective. La mission estime que l'annualité de la visite médicale préalable à l'affectation des élèves mineurs aux travaux réglementés est l'un des sujets qui doit faire l'objet d'un arbitrage, après expertise ciblée, pour déterminer son maintien ou non dans le socle de missions incombant à la médecine scolaire.

- **L'éventualité d'un remplacement de l'examen médical individuel par une analyse systémique des incompatibilités et risques inhérents à une partie au moins des formations**

[183] Devant les difficultés constatées, la mission s'est interrogée, sous réserve comme pour l'éventualité précédente de la compatibilité d'une telle mesure avec le cadre normatif européen, sur la pertinence pour une partie des formations d'un remplacement de l'examen médical individuel par une analyse systémique des incompatibilités et risques inhérents. L'objectif serait d'identifier pour ces formations les états de santé incompatibles et les précautions individuelles à prendre. Une telle mesure représenterait cependant une forte minoration de l'encadrement médical. Elle exigerait *a minima* de déterminer par quel circuit les élèves, leurs familles et un médecin autre que le médecin scolaire seraient informés desdites incompatibilités, et comment celles-ci seraient prises en compte par l'éducation nationale pour autoriser ou non l'inscription dans telle ou telle formation¹⁵⁰ ; conditions complexes qui s'ajouteraient à la nécessité d'une modification conséquente du code du travail dans ses dispositions particulièrement sensibles regardant la protection des jeunes à l'égard des postes dangereux. Dans le contexte actuel de pénurie de moyens médicaux de ville notamment, ce n'est pas la voie que la mission propose de privilégier.

¹⁵⁰ D'autres dispositions du code du travail que celles regardant directement les modalités d'émissions des avis d'aptitude devraient *a priori* être prises en compte, telle que l'article L4122-2 de ce code, disposant que les mesures prises en matière de santé et de sécurité au travail ne doivent entraîner aucune charge financière pour les travailleurs.

- **L'hypothèse du transfert de la responsabilité des avis à d'autres catégories de professionnels de santé**

[184] Les autres voies explorées sont axées non sur la teneur des obligations, mais sur un partage de cette compétence, voire sur un complet transfert, des médecins scolaires vers d'autres catégories de professionnels de santé. On examinera ici particulièrement trois voies éventuelles.

[185] Considérant que les compétences correspondantes sont essentiellement issues du code du travail, une première hypothèse serait un transfert de compétence des médecins scolaires¹⁵¹ aux médecins du travail, mesure qui semblerait cohérente fonctionnellement : les médecins du travail sont sans doute plus directement à même d'apprécier le type de risques qu'il s'agit d'analyser que les médecins de l'éducation nationale. La DGT a observé que l'article R.4153-40 du code du travail, après avoir mentionné la nécessité, pour chaque jeune, de la délivrance d'un avis médical d'aptitude, ne précise pas que cet avis est distinct dans sa méthode de délivrance entre le médecin du travail et le médecin chargé du suivi médical des élèves et étudiants ; que cependant la méthodologie rigoureuse prévue dans le code du travail pour attester qu'un salarié n'est pas apte¹⁵² comporte des éléments qu'un médecin scolaire n'est pas en mesure de réaliser ; que les deux avis d'aptitude diffèrent donc. Une technicité plus grande attendue des médecins du travail ne s'oppose cependant pas à ce que ceux-ci soient chargés le cas échéant d'émettre des avis moins « protocolisés » dans le cas des élèves et étudiants. Un obstacle évident est en revanche l'insuffisance des ressources de la médecine du travail¹⁵³, hors l'hypothèse peu vraisemblable dans laquelle ces ressources seraient confortées en proportion.

[186] Une deuxième hypothèse serait un transfert de compétence des médecins de l'éducation nationale aux médecins de prévention de ce même ministère. Le décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique organise distinctement des mesures de prévention destinées en premier lieu aux personnels. Il n'est pas certain cependant qu'un obstacle juridique s'oppose à l'attribution de fonctions autres, regardant les usagers de ces mêmes services, aux médecins chargés de la santé des personnels salariés dans ces services. *A minima*, là encore les médecins en poste disposent en principe de la compétence nécessaire¹⁵⁴, de plus ils connaissent bien le milieu scolaire. Cependant, la question récurrente des effectifs se pose aussi : sans que la mission ait reçu de précisions chiffrées, la médecine de prévention du ministère de l'éducation nationale dispose de moyens qui de longue date « ne permettent pas de remplir l'ensemble des obligations réglementaires en

¹⁵¹ Médecins de l'éducation nationale actuellement, médecins scolaires relevant de la fonction publique territoriale dans l'hypothèse d'une décentralisation.

¹⁵² Art. L.4624-4 + R. 4624-44 /R.4624-42 du code du travail.

¹⁵³ Selon les données communiquées par la DGT, outre une baisse marquée des effectifs en valeur absolue, la moyenne d'âge des médecins en poste est élevée (56 ans en 2021) et les médecins de plus de 50 ans représentent 68 % de l'effectif total, ce qui place devant des perspectives problématiques d'évolution, d'autant que le nombre de diplômés entrants est insuffisant pour remplacer les départs.

¹⁵⁴ Autant en tous cas que les MEN, qui ne reçoivent pas de prime abord de formation spécifique aux visites d'aptitude selon les entretiens menés.

matière de suivi médical des personnels »¹⁵⁵. Il y aurait donc une grande difficulté à lui attribuer en l'état des missions autres, très consommatrices de temps.

[187] Enfin, une hypothèse suggérée par différents interlocuteurs serait le recours, pour la visite d'aptitude, à des infirmiers en pratique avancée ou à des infirmiers ne disposant pas de cette qualification, avec une réorientation vers le médecin scolaire pour les profils les plus problématiques. Une réforme comparable a été menée en matière de médecine du travail, spécialité ouverte désormais à la délégation aux infirmiers en santé au travail pour différents types de visites médicales¹⁵⁶. En médecine du travail, la réalisation de l'examen médical d'aptitude et de son renouvellement sont cependant exclus de la délégation¹⁵⁷. Dans son avis d'assemblée n° 401.872 du 4 février 2021¹⁵⁸, le Conseil d'État a notamment souligné que *« la visite de reprise ayant pour objet de s'assurer que l'état de santé du salarié lui permet de rejoindre son poste et pouvant, à ce titre, déboucher sur un avis d'inaptitude, /.../ elle ne devrait pouvoir être effectuée que par des professionnels dont les missions les autorisent à réaliser une analyse clinique et à formuler un diagnostic »*¹⁵⁹. Dans ce contexte, il semble douteux qu'une délégation à des infirmiers de la visite attendue des médecins scolaires pour l'émission de l'avis annuel d'aptitude obligatoire dans les formations conduisant à travailler en milieu dangereux soit envisageable. Le parallélisme entre les médecins du travail et les médecins de l'éducation nationale est relatif, au regard tant de la spécialisation des médecins du travail que de leur statut de salarié protégé. Cependant les mineurs conduits à se former en milieu professionnel dangereux font l'objet d'une protection importante, la licéité d'une mesure confiant à des personnels non-médecins l'avis d'aptitude les concernant paraît donc pour le moins incertaine.

[188] Au surplus, il est probable qu'une telle délégation aux infirmiers de l'éducation nationale ne libérerait qu'une partie du temps médical requis ; dans l'avis d'assemblée cité, le Conseil d'État a souligné, en matière toujours de médecine du travail, que les missions déléguées aux membres de l'équipe pluridisciplinaire et, en particulier, à l'infirmier devraient demeurer exercées sous l'autorité du médecin et dans la limite des compétences reconnues par le code de la santé publique à chaque catégorie de professionnel de santé concerné. Etant donnée l'absence, dans

¹⁵⁵ « Bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail dans les services et établissements du ministère de l'éducation nationale », ministères « Éducation, jeunesse, enseignement supérieur, recherche, rapport annuel 2021 (constat analogue à celui porté dans les éditions antérieures).

¹⁵⁶ Le décret 2022-679 du 26 avril 2022 relatif aux délégations de missions par les médecins du travail, aux infirmiers en santé au travail et à la télésanté au travail prévoit la possibilité pour les médecins du travail de confier, dans le cadre de protocoles écrits, à un infirmier en santé au travail, la réalisation de visites et examens.

¹⁵⁷ Aux termes de l'article premier du décret précité.

¹⁵⁸ CE, Assemblée, avis n° 401.872 rendu sur la proposition de loi n° 3718 pour renforcer la prévention en santé au travail, 4 février 2021.

¹⁵⁹ Au-delà, il a dans ce même avis invité à la prudence concernant les délégations de missions relevant de médecins du travail : *« Bien que cette mesure participe également à une meilleure protection des travailleurs en ce qu'elle permet de répondre, notamment dans les territoires les moins bien pourvus, à la pénurie de ressource médicale, le Conseil d'État considère que le fait de confier à un médecin de ville non spécialement formé ou à des infirmiers une partie des missions dévolues au médecin du travail n'est pas sans incidence sur le degré de protection des travailleurs, compte tenu, d'une part, des compétences particulières que confèrent au médecin du travail sa formation, son expérience et sa connaissance des effets des expositions aux risques professionnels, de l'organisation des entreprises et des postes de travail et, d'autre part, des garanties d'indépendance dont il bénéficie du fait de son statut de salarié protégé (art. L. 4623 5) ».*

l'éducation nationale, d'autorité reconnue des médecins sur les infirmiers, les modalités d'exercice de « l'autorité du médecin » devraient être précisées.

[189] D'un point de vue juridique et sous réserve d'expertise, un transfert de la responsabilité des avis d'aptitude aux médecins et travail voire aux médecins de prévention de l'éducation nationale paraît plus aisément insérable dans le cadre normatif d'ensemble qu'une telle délégation aux infirmiers de l'éducation nationale. A l'inverse, et bien que les effectifs d'infirmiers de l'éducation nationale ne présentent pas de marges qui permettraient de leur attribuer facilement d'importantes missions nouvelles, la pénurie d'effectifs est probablement plus aigüe encore du côté de la médecine du travail et par ailleurs de la médecine de prévention de l'éducation nationale. Sauf augmentation forte des moyens disponibles dans l'un de ces deux secteurs, il paraît donc peu réaliste d'envisager un transfert en leur sein des missions des MEN relatives aux travaux réglementés.

[190] Sans escompter ici un gain de temps médical, la mission recommande que soit diligentée une expertise des évolutions envisageables du cadre juridique, relative particulièrement à la licéité d'un allègement de la condition d'annualité. Il paraît difficilement envisageable en effet de laisser perdurer un état des lieux caractérisé par la quasi-incompatibilité entre les ressources médicales atrophiées et la mise en œuvre annuelle de l'émission documentée des avis médicaux d'aptitude, avec les responsabilités afférentes.

[191] Il conviendrait aussi d'étudier, en lien avec les responsables des programmes de formation, les possibilités de faire évoluer l'organisation des formations concernées pour que les avis médicaux puissent être disponibles antérieurement au début des travaux en milieu dangereux. La direction générale du travail a d'ores et déjà initié une étude portant sur les conditions organisationnelles et juridiques de l'hypothèse, notamment, d'un délai d'observation préalable à l'autorisation pour les jeunes d'utiliser des machines dangereuses.

Recommandation n°4 Diligenter une expertise juridique relative à la licéité d'un allègement du caractère annuel de l'avis médical d'aptitude préalable à l'affectation des élèves mineurs aux travaux réglementés. Etudier par ailleurs, en lien avec les responsables des programmes de formation, les possibilités de faire évoluer l'organisation des formations concernées pour que les avis médicaux puissent être disponibles antérieurement aux travaux pratiques en milieu dangereux.

2.1.3 La « scolarisation inclusive » : quel rôle réaliste et pertinent des médecins scolaires ?

[192] La « scolarisation inclusive », présentée comme la condition de l'accès à une scolarisation en milieu ordinaire pour tous les élèves, s'est imposée progressivement comme une mission prioritaire de l'école. Il s'agit d'une approche systémique qui réinterroge l'ensemble du fonctionnement du système éducatif dans les fonctions et pratiques des intervenants, qu'elles soient de nature pédagogique, éducative ou de santé, et dans ses relations avec les autres ministères et les collectivités territoriales. En pratique, l'organisation adoptée mobilise fortement les personnels de santé scolaire.

2.1.3.1 Une trilogie de dispositifs, et ses prolongements

[193] Outre les possibilités d'individualisation strictement pédagogiques sans fondement sanitaire¹⁶⁰, cette organisation repose sur trois dispositifs alternatifs voire cumulatifs¹⁶¹ : le projet personnalisé de scolarisation (PPS), destiné aux élèves présentant un trouble invalidant ou un handicap faisant l'objet d'une décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ; le projet d'accueil individualisé (PAI) qui s'adresse aux élèves ayant besoin d'un aménagement pour leur scolarité « *notamment en raison d'un trouble de la santé invalidant* » et « *sans qu'il soit nécessaire de recourir aux dispositions prévues par les articles D. 351-5 à D. 351 7* » du code de l'éducation (dispositions relatives au PPS) ; et le plan d'accompagnement personnalisé (PAP) instauré en 2015 et concernant les élèves affectés de troubles des apprentissages, en particulier de troubles DYS¹⁶². Les troubles spécifiques des apprentissages représentent 5 à 7 % des enfants d'âge scolaire selon une étude publiée en 2019 par l'INSERM¹⁶³.

[194] Le PPS est décidé au sein des MDPH mais mobilise les MEN de deux façons au moins : pour la prise de décision correspondante, dans la mesure où les conventions passées entre chaque MDPH et l'éducation nationale prévoient la mise à disposition de MEN au sein des MDPH ; pour le suivi des mesures correspondantes ensuite. Le PAI, dispositif interne à l'éducation nationale, doit être élaboré avec le concours du médecin de l'éducation nationale¹⁶⁴, les infirmiers intervenant ensuite au niveau de l'analyse et de la mise en œuvre des aménagements à la scolarisation en lien avec les directeurs d'école, les chefs d'établissement et les enseignants. Le PAP, autre dispositif interne à l'éducation nationale, requiert l'avis du MEN pour apprécier la nécessité de faire bénéficier un élève d'un tel plan¹⁶⁵, puisqu'aucun avis médical autre n'est requis ; en outre et au-delà de la réglementation¹⁶⁶, il est aussi attendu du MEN qu'il participe à l'élaboration du plan et en assure le suivi. Dans l'élaboration du PAP sur proposition du conseil des maîtres, du conseil de classe ou à la demande des parents, le médecin de l'éducation nationale joue un rôle pivot puisqu'il doit formuler un avis motivé sur la nature des troubles et les aménagements pédagogiques y afférents.

[195] Outre ces trois dispositifs basés sur la reconnaissance, dans des conditions différentes, de troubles invalidants et la mise en œuvre de mesures afférentes d'adaptation, une réglementation fournie prévoit des aménagements aux examens scolaires et universitaires « *pour les élèves en situation de handicap* »¹⁶⁷. Quatorze articles réglementaires et six circulaires traitent ainsi des

¹⁶⁰ Notamment les programmes personnalisés de réussite éducative (PPRE).

¹⁶¹ La circulaire MENESR - DGESCO n° 2015-016 du 22-1-2015 a précisé à cet égard que le PAP « *ne s'adresse pas non plus aux élèves ayant des droits ouverts au titre du handicap, y compris dans un domaine non scolaire, qui bénéficient à leur demande d'un projet personnalisé de scolarisation, conformément aux dispositions prévues par les articles D. 351-5 à D. 351-8* ».

¹⁶² Dysorthographe, dyslexie, etc.

¹⁶³ « *Troubles spécifiques des apprentissages. Les « dys », des troubles durables mais qui se prennent en charge* », INSERM, 24 octobre 2019 : <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-specifiques-apprentissages/>

¹⁶⁴ Art. D351-9 du code de l'éducation.

¹⁶⁵ Art. D311-13 du code de l'éducation.

¹⁶⁶ Cf. *supra*.

¹⁶⁷ Site EDUSCOL <https://eduscol.education.fr/1277/reglementation-concernant-les-amenagements-d-examens-pour-les-eleves-en-situation-de-handicap>, sur lequel on trouvera une présentation détaillée de la réglementation afférente.

dispositions et instructions valables pour l'ensemble des examens de l'enseignement scolaire ; s'y ajoutent la réglementation et les circulaires relatives aux aménagements spécifiques à un examen ou type d'examens.

[196] Si les aménagements des conditions d'examen ou de concours sont en principe accordées par l'autorité administrative sur avis d'un médecin désigné par la CDAPH¹⁶⁸, l'article D. 351-28-1 du code de l'éducation a instauré une dérogation systématique à l'exigence d'un tel avis médical pour les candidats qui bénéficient d'un PPS, PAI ou PAP ; c'est une puissante source « d'attractivité » de ces dispositifs, d'autant que les aménagements accordés, qui peuvent se décliner par exemple en un allongement du temps accordé pour composer, valent pour tous types d'examens et concours¹⁶⁹, ce désormais sans limitation de durée¹⁷⁰. Dans un rapport de 2018 sur les aménagements d'épreuves d'examens, l'ex inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) évoquait une « *explosion confirmée de la demande* » pour décrire le flux massif de sollicitations ; le rapport observait que l'augmentation de l'effectif des élèves reconnus en situation de handicap « *ne permet pas d'expliquer cette croissance d'autant que, depuis plusieurs années, le ministère constate un fort décalage entre l'effectif de la population suivie par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et l'effectif des candidats qui bénéficient d'aménagements pour les examens* »¹⁷¹. Les auteurs estimaient que l'augmentation de la demande d'aménagements aux examens correspondait pour une part à une demande sociale « *des milieux favorisés, mieux informés et attentifs à bénéficier de tous les droits qui pourraient assurer la réussite maximale de leurs enfants, (et qui) ont tendance à demander davantage d'aménagements aux examens que les autres catégories* ». Plusieurs médecins conseils de l'éducation nationale ont exprimé la même analyse lors des auditions menées.

[197] Selon les témoignages recueillis dans l'ensemble des départements visités, le nombre de dossiers de PPS, PAI et PAP est fortement croissant, sans que la DGESCO ait pu transmettre de données statistiques correspondantes. Elle a fourni par contre la courbe des demandes d'aménagements aux examens entre 2017 et 2022 :

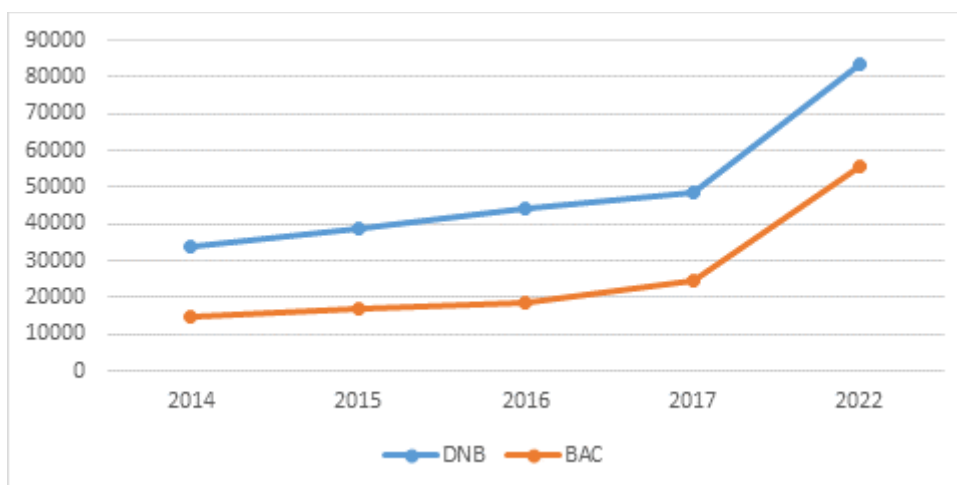
¹⁶⁸ Art. D. 351-28 du code de l'éducation : Les candidats sollicitant un aménagement des conditions d'examen ou de concours adressent leur demande à l'un des médecins désignés par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. Le médecin rend un avis, qui est adressé au candidat et à l'autorité administrative compétente pour ouvrir et organiser l'examen ou le concours, dans lequel il propose des aménagements. L'autorité administrative décide des aménagements accordés et notifie sa décision au candidat.

¹⁶⁹ Article D. 112-1 du code de l'éducation.

¹⁷⁰ Au surplus, plusieurs équipes rencontrées ont indiqué à la mission que des aménagements d'examen seraient accordés par certains centres d'examen au vu de la seule demande de PAI ou PAP, sans production d'un justificatif d'obtention.

¹⁷¹ « *Les aménagements d'épreuves d'examens pour les élèves et étudiants en situation de handicap* », IGAENR, avril 2018.

Demandes d'aménagements aux examens (baccalauréat, diplôme national de brevet) accordés entre 2017 et 2022



Source : DGESCO

2.1.3.2 Pour les médecins de l'éducation nationale, une sollicitation lourde sans plus-value proportionnée

[198] Les PAI et PAP sont au nombre des missions dont le poids a été presque systématiquement souligné et interrogé lors des entretiens menés avec les professionnels de la santé scolaire, pour plusieurs raisons.

[199] L'une d'entre elles est quantitative et concerne notamment les PAP et demandes d'aménagements, notamment des modalités d'examens, sur cette base. La mise en œuvre du socle normatif correspondant, particulièrement dense, mobilise du temps médical de manière « exponentielle » selon le qualificatif utilisé par des MEN rencontrés. Le rapport IGAENR précité soulignait que « l'hypothèse qui avait été avancée par la mission de l'inspection générale de 2012 est confirmée par le présent rapport. Le nombre d'élèves sans reconnaissance de handicap mais qui profitent d'un accompagnement (PAP) et souvent d'aménagements sur le temps d'apprentissage, est en forte progression. Il contribue à cette explosion des demandes qui confrontent les académies à un défi de gestion et de communication en direction des familles et des équipes pédagogiques ».

[200] Qualitativement, concernant les PAI aussi, les MEN rencontrés s'interrogent sur leur plus-value dans ces aspects de leur activité en raison de l'obligation de fait, faute de temps disponible pour examiner les enfants concernés, de valider l'ensemble des dossiers de demande de manière systématique et le plus souvent sans recours à des tests ou examens approfondis, voire sans aucune visite médicale. Les attestations produites le sont alors de façon administrative plus que médicale, ce qui prive le dispositif de fondement réel et contribue fortement à nourrir chez les professionnels de santé le sentiment d'un évidement du sens de leur mission.

[201] Pour les PAI et PAP, les infirmiers de l'éducation nationale sont eux aussi fortement requis, notamment pour la mise en place et le suivi des PAI. Médecins et infirmiers soulignent que pour différentes pathologies représentant un fort pourcentage de ces plans, des protocoles standardisés suffiraient en lieu et place de procédures individualisées ; de tels protocoles ont été

instaurés pour certaines d'entre elles¹⁷², démarche qui, sous réserve d'expertise, mérite d'être confortée.

2.1.3.3 Voies d'évolution

[202] Les objectifs de « l'école inclusive » constituent un enjeu fort pour les élèves et leurs familles. Pour tous les aspects basés sur l'état de santé des élèves, leur efficacité et leur pérennité dépendent de la possibilité actuelle et à venir de mobiliser notamment une expertise médicale, or cette exigence n'est pas remplie aujourd'hui. Si la nécessaire évolution du système ne peut être étudiée complètement dans le cadre du présent rapport, la mission propose à titre conservatoire les voies d'action suivantes.

[203] Il est impossible de piloter un système sans en appréhender la réalité ; la mission estime nécessaire que la DGESCO constitue rapidement une connaissance quantitative des PAI et PAP, si possible en y incluant une estimation des données relatives aux derniers exercices.

[204] S'agissant des PAI, des voies de simplification existent.

- Le PAI sollicite l'expertise et le diagnostic d'un médecin de ville qui prescrit un protocole de soin en fonction de la pathologie identifiée afin de définir les modalités et les conditions de vie de l'enfant dans son environnement familial ou collectif. Dans le monde scolaire, le MEN apporte son « concours », les infirmiers intervenant pour l'analyse et la mise en œuvre des aménagements à la scolarisation en lien avec les directeurs d'école, les chefs d'établissement et les enseignants. La procédure pourrait être simplifiée en évitant la validation des MEN, qui ne repose pas toujours sur un examen clinique et constitue dès lors un avis de conformité de la prescription médicale déjà élaborée par un médecin spécialiste ou généraliste.
- Dans le cadre d'une coordination de service entre professionnels de santé (médecin, infirmier), un protocole simplifié pour les maladies chroniques récurrentes avec une validation *in fine* par les infirmiers des aménagements à réaliser au sein de l'école pourrait être envisagé afin de libérer du temps médical pour d'autres fonctions. Il présenterait aussi l'intérêt de faciliter la tâche des personnels parfois confrontés à des protocoles différents pour des enfants présentant les mêmes problématiques, ce qui peut conduire à des erreurs.

[205] Dans l'élaboration du PAP, le médecin de l'éducation nationale joue en principe un rôle central par la formulation de son avis motivé (*cf. supra*) ; en pratique ce n'est pas le cas à chaque fois que son plan de charge fait obstacle à ce qu'il mette en œuvre l'expertise médicale requise. Dans ce cas, aucune expertise médicale ne fonde alors le PAP, ce qui constitue un problème ou non en fonction de la nature des troubles affectant le cas échéant la scolarité, et des aménagements correspondants. Une évaluation ciblée devrait être diligentée pour affiner l'appréhension du ciblage respectif des deux dispositifs internes à l'éducation nationale. Une orientation exclusivement pédagogique des PAP réduirait le phénomène souvent évoqué lors des auditions de la « surmédicalisation » de la difficulté scolaire ; elle éviterait aussi le risque de

¹⁷² Pour l'asthme, *cf.* par exemple <https://edu1d.ac-toulouse.fr/blog31/mat-balochan-fronton/files/PAI-asthme.pdf>.

procédures divergentes concernant les troubles invalidants, l'une basée sur une expertise médicale, l'autre non. Elle permettrait de confier aux équipes éducatives (directeurs d'école, enseignants) accompagnées de l'expertise des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED : psychologues, autres enseignants spécialisés) la validation de ces plans. L'évaluation à conduire devra préciser la nature et les limites des aménagements envisageables dans un tel cadre, afin notamment d'éviter que des PAP ainsi conçus n'instaurent en pratique vis-à-vis des autres élèves ou étudiants, dans la passation de concours notamment, des avantages ne constituant pas une mesure de compensation non fondée sur l'état de santé de l'élève considéré.

[206] S'agissant des aménagements d'examen, deux au moins des préconisations du rapport IGAENR de 2018 méritent d'être mises en œuvre sans tarder :

- revoir la réglementation pour la simplifier et l'harmoniser, notamment en supprimant les contradictions entre le régime des aménagements de la scolarité et les aménagements des examens afin d'assurer la continuité et la cohérence des décisions et en simplifiant le contenu du dossier et de son renouvellement ;
- redonner au chef d'établissement / chef de centre une place centrale afin de garantir la validité des décisions prises au cours de la scolarité au regard de la réglementation et permettre la continuité et la cohérence des demandes au moment des examens.

Recommandation n°5 Constituer rapidement une connaissance quantitative des PAI et PAP ; s'agissant des PAI, supprimer la validation par le MEN de l'avis médical établi par ailleurs et poursuivre dans la mesure du possible l'élaboration de protocoles simplifiés pour les maladies chroniques récurrentes ; diligenter une expertise visant à déterminer le contour d'un ciblage affiné des PAP et à préciser les adaptations corrélées pour leur mise en œuvre ; s'agissant des aménagements d'examen, simplifier et harmoniser la réglementation, et redonner pour sa mise en œuvre une place centrale aux chefs de centres d'examens.

2.2 La nécessaire structuration et revalorisation des métiers

[207] La refonte des missions relevant de la politique de santé scolaire, nécessaire sauf résignation à une mise en œuvre ne répondant pas à des besoins majeurs et dissociée de l'état du droit, ne permet pas, par définition, d'appréhender finement aujourd'hui les contours de ces missions une fois redéfinies. L'analyse de la situation actuelle conduit pour autant à préconiser trois axes d'évolution des métiers : le centrage autour d'un rôle premier pour chacun des métiers de médecin, d'infirmier et de psychologue scolaires ; l'articulation de ces métiers au sein de véritables services de santé scolaire ; la revalorisation, *a minima*, des métiers de médecin et d'infirmier scolaires, sans exclure d'autres mesures pertinentes.

2.2.1 Quelle fonction essentielle pour les médecins, les infirmiers, les psychologues scolaires ?

[208] Le cadre d'exercice des métiers de médecin et d'infirmier de l'éducation nationale, dont le caractère dissocié et parallèle a été encore accentué il y a quelques années (*cf. supra*), est contreproductif à bien des égards. Il est antinomique de coopérations nécessaires, par exemple pour la réalisation des bilans de santé. Initialement, la constitution d'un corps spécifique de

médecins de l'éducation nationale en 1991 seulement, près de sept ans après l'intégration des infirmiers, a contraint ces derniers à travailler seuls pendant plusieurs années. Puis, dans la durée, l'excès de missions a inévitablement conduit une partie au moins des personnels de santé à définir individuellement leurs propres priorités. Au surplus, les textes relatifs aux missions des deux catégories professionnelles ont forgé une sorte de partition, accentuée par les instructions de 2015 et, pour les professions de santé, par la dualité systématique (médecin, infirmier) en fonctions de conseil auprès des recteurs et DASEN ; enfin, le nombre de secrétaires médicales ou médico-sociales est faible, et leur rôle extrêmement utile de lien organisationnel fait défaut.

[209] Même si la pratique quotidienne et de terrain entre médecins et infirmiers recherche néanmoins, la plupart du temps, la coopération, il apparaît nécessaire de repenser leur cadre d'exercice, et de centrer les métiers sur la plus-value première qu'ils apportent au service pour couvrir les besoins les plus urgents ou les plus essentiels.

[210] S'agissant des médecins, il est indispensable de reconnaître et mobiliser leur compétence et leur expérience sur les situations et / ou cadres normatifs nécessitant un diagnostic médical. Il doivent aussi être en mesure d'apporter leur expertise en matière de promotion de la santé et, sauf si le choix est fait de renoncer à cette fonction, de contribuer à l'épidémiologie.

[211] Les infirmiers sont en principe, par leur présence dans les écoles et établissements, le premier recours des élèves pour les maux de la vie quotidienne ou pour des alertes plus graves¹⁷³, et la mission estime préoccupant que le dimensionnement de l'effectif en poste fragilise voire supprime cette fonction, selon les types de structures scolaires et les territoires (*cf. supra*). Une organisation repensée doit s'efforcer de la conforter, et intégrer *a minima* une possibilité la plus lisible possible, pour les élèves et les familles, de les contacter. Les infirmiers scolaires devraient aussi avoir toute leur place, en équipe avec les autres professionnels, dans le ou les bilans de santé maintenus après réorganisation. Enfin, sauf à supprimer à l'école la fonction d'éducation à la santé, il paraît pertinent que les infirmiers scolaires puissent y prendre part.

[212] La mission propose de structurer les métiers respectifs de médecin et infirmier scolaires autour de ces axes différents et complémentaires, qui pourraient être l'un des « fils rouges » de la redéfinition et réorganisation des missions.

[213] Par ailleurs, le poids des questions de santé mentale (*cf. supra*) invite à reconsidérer le métier de psychologue scolaire, aujourd'hui scindé en deux spécialités. En cohérence avec le contexte évoqué, la mission invite à centrer le travail de l'ensemble des psychologues scolaires sur une mission d'écoute et de veille. Afin d'éviter d'induire des changements d'affectation contraints, les « EDA » comme les « EDO » pourraient voir leur activité dans les différents niveaux, primaire et secondaire, maintenue sans exclure la fluidité pour ceux d'entre eux qui le souhaitent.

[214] Les EDA travaillent aujourd'hui pour partie au sein des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté. L'évolution à conduire devrait s'accompagner d'une augmentation notable de leurs effectifs afin de prendre en compte les besoins plus généraux d'écoute sans compromettre cette mission. Pour les EDO, la redéfinition induite des missions devrait par ailleurs

¹⁷³ S'agissant du métier d'infirmier scolaire, la Cour des comptes préconisait en 2021 de « centrer l'intervention des infirmiers sur leur mission de proximité » (« La santé des enfants - Une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé », communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, Cour des comptes, décembre 2021).

s'inscrire dans les évolutions institutionnelles récentes en matière de décentralisation, l'État définissant la « politique de l'orientation »¹⁷⁴ et réservant aux régions la compétence d'information sur les métiers et les formations. Il serait probablement pertinent d'effectuer un état des lieux au regard des expérimentations relatives à l'organisation de l'orientation engagées dans plusieurs régions, avec pour certaines des mises à disposition de personnels.

Recommandation n°6 Structurer les métiers respectifs de médecin et infirmier scolaires autour de leurs rôles essentiels complémentaires : notamment, diagnostic et expertise pour les médecins, accueil de premier recours pour les infirmiers ; centrer le travail de l'ensemble des psychologues scolaires sur une mission d'écoute et de veille.

2.2.2 Pour une structuration de services santé-sociaux

2.2.2.1 Rattacher les professionnels de la santé scolaire et de l'accompagnement social à des services santé-sociaux

[215] Pour accroître l'efficacité en ouvrant de réels cadres de coopération entre les professions concernées, il ne semble pas envisageable de laisser perdurer l'absence d'articulation de leurs missions respectives ; non plus que la dissociation organisationnelle pratiquement systémique des professionnels les uns par rapport aux autres qui prévaut depuis plus de vingt ans¹⁷⁵, nonobstant des initiatives locales que de forts engagements parviennent ponctuellement à susciter, voire à entretenir.

[216] De l'ordonnance de 1945¹⁷⁶ au second rattachement de la santé scolaire à l'éducation nationale en 1984, la politique de la médecine scolaire, puis de la santé scolaire a été constamment mise en œuvre dans le cadre de services dédiés, que ce soit sous la tutelle initiale du ministère de l'éducation nationale ou, à partir de 1964, sous celle du ministère de la santé¹⁷⁷. Aux termes de l'ordonnance de 1945 et de ses décrets d'application, le « *service national d'hygiène scolaire et universitaire* » dont la dénomination et la composition ont ensuite évolué, regroupait médecins, adjointes assurant un travail d'infirmière, et assistants de service social. Son organisation reposait sur la création de centres médico-sociaux scolaires (CMS) dans chaque chef-lieu de département et d'arrondissement, dans toute commune de plus de 5000 habitants et dans une liste de communes déterminée par arrêté ministériel, obligation qui demeure aujourd'hui. Le centre médico-social scolaire était défini comme un ensemble de locaux spécialement aménagés et équipés pour permettre d'effectuer correctement les visites et examens médicaux des élèves, ainsi que les examens médicaux du personnel d'enseignement, et « *toutes autres visites et examens utiles ainsi que le dépistage des affections bucco-dentaires* »¹⁷⁸. En 1964, le rattachement au

¹⁷⁴ Article L6111-3 du code du travail.

¹⁷⁵ Cf. *supra*, et autres rapports. Par exemple, le constat ainsi formulé en 2020 par la Cour des comptes (rapport cité) : « *Le cloisonnement des services et une conception trop aut centrée 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* ».

¹⁷⁶ Ordonnance 45-2407 du 18 octobre 1945.

¹⁷⁷ Cf. annexe 1 (historique).

¹⁷⁸ Décret 46-2698 du 26 novembre 1946. Aujourd'hui, article D541-3 du code de l'éducation, qui a maintenu la définition initiale : « *Le centre médico-social scolaire constitue un ensemble de locaux aménagés et équipés*

ministère de la santé a été accompagné de la création d'un comité interministériel des problèmes médicaux et sociaux scolaires¹⁷⁹. Sans retracer ici l'ensemble des évolutions, l'existence sur la période d'un service territorialisé présentait deux avantages majeurs, celui de la coordination et celui de la pluridisciplinarité, alliant les actes et interventions des professionnels de la santé entre eux, et avec les professionnels de l'accompagnement social.

[217] L'organisation de ces interactions est aujourd'hui plus que jamais nécessaire. D'une part, dans l'exercice actuel des métiers de santé, les besoins accrus et les pénuries massives d'effectifs exigent des articulations productives. D'autre part, ces articulations sont nécessaires aussi entre une partie des interventions de santé et l'accompagnement social. La note d'étape publiée en octobre 2021 par le comité d'évaluation de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté fait le constat d'une dégradation de la santé mentale et d'une hausse de la précarité chez les jeunes. La DGESCO analyse une dégradation du climat scolaire sous l'effet combiné de l'impact des mesures de gestion de la crise sanitaire sur la situation économique et sociale des familles, de l'absence très fréquente de prises en charge adaptées et de l'augmentation des situations de mal-être et de maltraitance. Particulièrement dans ce contexte, l'exercice scindé de l'accompagnement social et de la politique de santé scolaire dans plusieurs de ses volets ne fait pas sens. Certaines académies ont mis en place un nombre accru de cellules d'écoute dans le cadre desquelles les assistants de service social sont mobilisés, ce qui induit de fait une diminution des missions de prévention. Pour les professionnels du secteur social de l'éducation nationale aussi, le nombre de sollicitations, l'isolement face à la multiplicité des prises en charge qui seraient nécessaires, et un sentiment d'absence de visibilité génèrent de la souffrance au travail et des difficultés de recrutement.

[218] La mission estime nécessaire la structuration de services de santé et sociaux, réunissant médecins, infirmiers, assistants de services sociaux et psychologues, et devant être dotés de secrétaires médico-scolaires dont le rôle est déterminant dans la gestion de l'accueil, du suivi des élèves, des relations avec les familles et avec les partenaires institutionnels. Les nouveaux services seraient, en lieu et place de l'actuelle juxtaposition hétéroclite de rattachements fonctionnels et hiérarchiques¹⁸⁰, le cadre unique de rattachement de l'ensemble des professionnels de santé scolaire et d'accompagnement social. Cette organisation n'obère pas, le cas échéant, le travail dans les écoles et établissements, mais ouvre la voie d'un travail en équipes pluridisciplinaires et le facilite grandement.

[219] Etant donnée la pertinence du niveau départemental pour la politique de santé scolaire¹⁸¹, soit sous l'égide d'un portage de l'État maintenu, soit demain dans un cadre décentralisé, c'est à cet échelon territorial que ces services santé-sociaux devraient être positionnés. Hors décentralisation, l'organisation correspondante devrait ouvrir aux DSDEN un réel espace de

pour permettre d'effectuer : 1° Les visites et examens médicaux des élèves ; 2° Les examens médicaux du personnel des écoles et établissements d'enseignement publics et privés et des personnes se trouvant en contact habituel avec les élèves dans l'enceinte de ces écoles et établissements ; 3° Toutes autres visites et tous examens utiles ainsi que le dépistage des affections bucco-dentaires ».

¹⁷⁹ Décret 64-784 du 30 juillet 1964.

¹⁸⁰ Cf. *supra*, 1.

¹⁸¹ Cf. *infra*, 3.1.

gestion. Dans le cadre d'une décentralisation aux conseils départementaux, la constitution de ces services devrait être articulée avec ceux en charge de la PMI.

Recommandation n°7 Rattacher les personnels de santé scolaire, les psychologues et les personnels de l'accompagnement social à des services santé-sociaux positionnés au niveau départemental ; sans obérer le travail dans les écoles et établissements, il s'agit afin d'instaurer une gestion cohérente et de faciliter coordinations et travail en équipes pluridisciplinaires.

2.2.2.2 Structurer un maillage territorial

[220] Le maillage territorial d'un service départemental santé-social est essentiel, puisqu'il en conditionne l'accessibilité.

[221] L'implantation géographique des centres médico-sociaux scolaires correspondait comme indiqué, aux termes de l'ordonnance idoine de 1945, aux chefs-lieux de département et d'arrondissement, aux communes de plus de 5000 habitants et aux communes désignées par arrêté ministériel, avec, dans chaque commune concernée, un ou plusieurs centres médico-sociaux scolaires. Un décret de 1946¹⁸² a cependant confié aux autorités départementales de l'État le soin du maillage territorial, disposant que « *chaque département est divisé par arrêté préfectoral pris sur proposition de l'inspecteur d'académie après avis du directeur départemental de la santé, en secteur territoriaux de centres médico scolaires* ».

[222] A partir de 2000¹⁸³, l'article L 541-3 du code de l'éducation a codifié les dispositions de l'ordonnance de 1945. Le pouvoir d'organisation confié par voie réglementaire aux autorités départementales de l'État a été supprimé, les dispositions relatives au maillage territorial se limitant aujourd'hui au texte législatif initial¹⁸⁴. Ces dispositions législatives semblent elles-mêmes avoir été mises en œuvre de façon tronquée, limitant de fait le maillage aux chefs-lieux de département et d'arrondissement et aux communes de plus de 5 000 habitants, hors les « *communes désignées par arrêté ministériel* ». La mission n'a pas obtenu communication des arrêtés ministériels de désignation de ces communes, qui auraient été pris le cas échéant en application de l'article L 541-3.

[223] Le réseau des CMS a été peu à peu dévitalisé, en premier lieu par le délitement des équipes professionnelles qu'il regroupait. Les CMS sont aujourd'hui organisés en principe autour d'un binôme médecin / secrétaire médical, hors personnels d'accompagnement social, et hors les infirmières de la circonscription qui n'y sont pas rattachées et ne le visitent pas, sauf initiatives locales. De plus, la baisse des effectifs de médecins scolaires, et, par ailleurs, celle des effectifs de secrétaires médicales aboutit fréquemment à des CMS n'abritant plus qu'une secrétaire médicale à temps partagé le cas échéant entre plusieurs centres, voire à des CMS vides. Ces évolutions privent les CMS de leur utilité. Dans ces conditions, nombre de communes ont peu à peu cessé d'en entretenir les locaux, certaines les affectent à d'autres usages. En conséquence, la

¹⁸² Décret 46-2898 du 28 novembre 1946.

¹⁸³ Codification par ordonnance 2000-549 du 15 juin 2000.

¹⁸⁴ L'article D541-4 du code de l'éducation y renvoie : « *Les communes mentionnées à l'article L. 541-3 organisent les centres médico-sociaux scolaires* ».

cartographie actuelle des CMS, peu suivie par le ministère de l'éducation nationale, est maintenant très hétérogène¹⁸⁵.

[224] Le réseau des CMS présente cependant de forts atouts pour constituer la base d'un maillage territorial : reprenant de façon cohérente le fil interrompu de son histoire, il peut réancrer un cadre de travail partagé entre professionnels de santé, et entre professionnels de santé et professionnels de l'accompagnement social. Il ne s'agit pas de faire travailler systématiquement tous les professionnels concernés dans l'enceinte des CMS, mais de faire de ces structures, là où elles existent dans un premier temps, les implantations territoriales des services médico-sociaux départementaux. Le schéma organisationnel ou ses déclinaisons locales pourraient en effet prévoir que les professionnels qui parviennent encore aujourd'hui pour partie à travailler au sein des établissements scolaires, notamment quand ils y disposent de locaux adéquats, continuent à le faire ; pour autant nombre de structures scolaires sont dépourvues de tels locaux, c'est le cas par exemple de la plupart des écoles. Là où ils existent ou pourraient être implantés, les CMS offriraient un lieu dédié d'exercice pour les professionnels concernés, lieu identifiable pour les élèves et leurs familles. Ce pourrait être une voie prioritaire mais non exclusive d'implantation territoriale, afin de prendre en compte le cas échéant d'autres organisations, afin surtout de ne pas subordonner à un nombre localement suffisant de CMS la mise en place des implantations territoriales du service santé-social départemental.

[225] Dans une période intermédiaire, la plus brève possible, de constitution du maillage territorial là où il fait défaut, les conditions matérielles d'intervention des personnels pourront être prorogées ; la cohérence sera pour autant accrue par l'unicité instaurée du service santé-social, qui permettra notamment de valoriser la complémentarité entre les professionnels de santé et assimilés, et de faciliter la coordination entre eux ; de donner, au niveau départemental ou infra-départemental, une cohérence d'ensemble aux actions menées dans le champ de la santé scolaire et de l'accompagnement social ; de passer d'une gestion des moyens à une gouvernance de projet ; de rééquilibrer pour partie au moins, dans le cadre des missions redéfinies, les interventions entre les premier et second degrés ; d'assurer la continuité du service par la complémentarité des présences et des interventions dans le temps, et dans le suivi des activités et dossiers.

[226] Le mode actuel de financement des CMS devra être révisé. Il repose aujourd'hui sur la seule commune d'accueil, alors que l'aire de résidence des bénéficiaires effectifs ou potentiels du centre médico-social est souvent plus large¹⁸⁶. Les communes sont au demeurant de simples

¹⁸⁵ Le ministère de l'éducation nationale ne dispose pas d'un état actualisé ni cartographié des CMS. Il ressort de l'enquête menée par la Cour des comptes pour son rapport de 2020 un état des lieux marqué par une grande hétérogénéité en valeur absolue comme en évolution, « fruit de politiques rectorales ou départementales diverses, sans cadrage national ». Les réponses reçues pour le présent rapport au questionnaire adressé aux académies visitées confirment cette diversité, allant, aux extrêmes, d'un seul CMS dans un département à un réel maillage.

¹⁸⁶ Interrogé sur les frais de fonctionnement des centres médico-sociaux scolaires (CMSS) induits par la gestion des CMS, le ministre de l'éducation a apporté en 1983 les éléments de réponse suivants : « S'agissant de la répartition des charges de fonctionnement de ces centres, l'article 23 de la loi du 22 juillet 1983 (JO 23 juill. 1983, p. 2286) codifié à l'article L. 212-8 du code de l'éducation, qui a mis en place un dispositif de répartition intercommunale des charges de fonctionnement des écoles publiques, n'a pas inclus, dans le calcul de répartition des charges, les dépenses relatives au fonctionnement des centres médico-sociaux scolaires. En outre, en vertu de l'article L. 2321-1 du code général des collectivités territoriales, ne sont obligatoires pour la

financeurs du dispositif sans en être réellement partenaires - les représentants de plusieurs communes rencontrées ont regretté de n'être sollicités que pour la mise à disposition des locaux, sans visibilité en retour sur l'activité de ces centres. Quoi qu'il en soit, les CMS dans leur forme résiduelle, et plus encore dans le fonctionnement proposé, sont partie prenante de la politique de santé scolaire. Hors décentralisation, le financement cohérent de ces centres devrait relever du ministère de l'éducation nationale, à charge pour ses responsables de négocier le cas échéant des conventions de co-financement avec des partenaires ; dans le cadre d'une décentralisation aux conseils départementaux, le financement correspondant devrait être pris en charge en tout ou partie, selon les conventions passées le cas échéant avec d'autres collectivités ou établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) notamment, par ces collectivités territoriales.

[227] Une articulation avec les contrats locaux de santé pourrait permettre de mieux inscrire les CMS dans l'action publique locale en matière de santé, ainsi que d'intéresser en toute hypothèse les collectivités concernées et les autorités sanitaires à leur fonctionnement.

Recommandation n°8 Structurer un maillage territorial des services santé-sociaux scolaires à partir notamment des centres médico-sociaux existants ; réviser le mode de financement des CMS en le mettant à la charge de l'autorité responsable au premier chef de la politique de santé scolaire.

2.2.2.3 Organiser les nouveaux services santé-sociaux en tenant compte des moyens existants, sans s'y limiter

[228] Pour l'organisation des nouveaux services, il importe de prendre en compte les moyens existants, ainsi que les cultures professionnelles respectives des différents métiers concernés.

[229] La réforme préconisée pourrait ainsi utilement prévoir que la direction du nouveau service santé-social scolaire soit confiée à un membre de l'une des professions regroupées au sein de ce service, en fonction notamment de son expérience de l'encadrement. En effet, organiser un service au niveau d'un département, l'incarner, le cas échéant, pour une circonscription administrative de terrain suppose que la gestion en soit confiée à un responsable capable d'arbitrer sur les priorités du quotidien, de gérer l'affectation des ressources et d'en assurer l'administration matérielle. Cette coordination devrait être confiée à un professionnel légitime par sa connaissance du travail de tous et / ou son expérience de gestionnaire et de coordonnateur.

commune que les dépenses mises à sa charge par la loi. Le Conseil d'État (section de l'intérieur), dans un avis rendu le 1er décembre 1992, s'est également prononcé sur le caractère obligatoire des dépenses relatives à la mise en place et au fonctionnement des centres médico-sociaux scolaires pour « les seules communes visées à l'article L. 541-3 du code de l'éducation ». En conséquence, une commune gestionnaire d'un CMS n'est pas tenue d'offrir ses locaux aux communes extérieures et ne peut imposer à une commune dispensée de l'obligation de créer un CMS, de participer aux dépenses de fonctionnement du CMS. En revanche, rien ne s'oppose à ce qu'un établissement public de coopération intercommunale, en particulier une communauté de communes ayant choisi la compétence scolaire parmi ses attributions, organise pour l'ensemble des communes adhérentes la gestion d'un CMS ». (Question n° 04450 : JO Sénat 19 avr. 2018, p. 1858. – Rép. min. : JO Sénat 6 déc. 2018, p. 6232),

[230] La disposition du code de la santé publique¹⁸⁷ imposant que le service de PMI soit dirigé par un médecin ne peut semble-t-il plus être appliquée partout, ou bien ce n'est pas la configuration optimale dans tel ou tel département. Dans l'un des départements visités, le service de PMI est ainsi dirigé par une infirmière ayant exercé précédemment les fonctions de cadre infirmier, choix qui donne satisfaction localement. Il serait de toute façon paradoxal d'imposer réglementairement le choix d'un médecin pour la direction du service santé-social scolaire, alors que certains départements sont aujourd'hui dépourvus de médecins scolaires de secteur et que, nationalement, de nombreux postes de médecins conseil sont vacants (*cf. supra*).

[231] Dans un portage institutionnel restant centralisé, le responsable du service santé-social scolaire devrait être placé auprès du DASEN, et secondé par un responsable de chaque implantation locale. Dans un portage institutionnel décentralisé, il pourrait être placé au sein d'un service de PMI reconfiguré, ou parallèlement à celui-ci ; le maillage territorial serait alors naturellement conçu en cohérence avec les circonscriptions d'action sanitaire et sociale du département.

[232] S'agissant des personnels regroupés par les nouveaux services, les interactions et ciblage créés ou facilités ne pallieront pas tous les manques. Notamment, même dans un cadre de missions revisité, la nature de certaines d'entre elles¹⁸⁸ rend très probable le besoin maintenu d'un effectif de médecins. A cet égard, la création des services santé-sociaux scolaires n'offre pas en elle-même la possibilité de remédier à court terme aux inégalités territoriales majeures qui caractérisent de longue date la politique de santé scolaire. Dans l'hypothèse d'un portage décentralisé aux conseils départementaux, il n'est peut-être pas exclu de mettre en place un peu de mutualisation avec les médecins de PMI, malgré les difficultés de recrutement là aussi. Sur la base des données 2015 fournies par le rapport Peyron, les PMI employaient alors 2 300 médecins (représentant 1 750 ETP), tandis que les services de santé scolaire n'en comptaient plus que 1225¹⁸⁹.

[233] Les infirmiers, mais aussi les assistants de service social, devraient trouver dans l'appartenance à un même service une efficacité accrue dans l'exercice de leurs missions essentielles. Les données mentionnées *supra* ne permettent cependant pas d'oublier la nécessité de conforter leur effectif¹⁹⁰, particulièrement dans les territoires sous-dotés, aussi rapidement que possible.

[234] S'agissant des secrétaires médico-scolaires, il convient de prévoir dès l'abord un réel effort d'affectation ou de recrutement. Comme indiqué *supra*, le rôle de ces personnels peu nombreux aujourd'hui est très important en termes organisationnels. Les secrétaires de CMS sont ainsi un appui précieux dans la gestion des dossiers comme dans les relations avec les familles et les partenaires externes. Cet appui administratif bénéficie aujourd'hui aux médecins, tandis que les infirmières non rattachées aux CMS doivent gérer seules leurs prises de rendez-vous. Plusieurs infirmières rencontrées, notamment celles dont l'activité est particulièrement nomade, ont exprimé le besoin de disposer d'un pôle ressource d'appui en dehors des établissements. Des

¹⁸⁷ Art. L. 2112-1 CSP.

¹⁸⁸ *Cf. supra*, 2.1.

¹⁸⁹ Sans que les données disponibles ne renseignent sur la correspondance en ETP.

¹⁹⁰ Ce bien que la communication 2020 de la Cour des comptes note, s'agissant des effectifs, une évolution positive de 9 % entre 2013 et 2018 pour les assistants de service social et les psychologues du premier degré.

représentants de parents d'élèves ont également souligné l'intérêt d'un contact bien identifié par les familles.

Recommandation n°9 Confier la direction des services santé-sociaux départementaux à un membre de l'une des professions regroupées au sein de ce service, en fonction notamment de son expérience de gestionnaire et de coordonnateur. Doter rapidement ces services d'un effectif suffisant de secrétaires médico-scolaires.

[235] Les services préconisés ressemblent structurellement à la PMI, qui « *comprend des personnels qualifiés notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique. Ces personnels exercent au sein d'équipes pluridisciplinaires* »¹⁹¹. Ils s'inscrivent pleinement dans le principe du « *travail ensemble de manière coordonnée* » des « *personnels médicaux, infirmiers, assistants de service social et psychologues de l'éducation nationale* » posé par l'article L. 121-4 1 du code de l'éducation pour la réalisation des actions de la promotion de la santé.

2.2.3 Quelle revalorisation possible des professions concernées et notamment de la profession médicale

[236] L'insuffisante attractivité des professions de santé scolaire concernées et notamment de la profession de médecin de l'éducation nationale a été soulignée par de nombreux rapports, qui insistent sur les revalorisations restant nécessaires malgré les mesures prises ponctuellement par le ministère de rattachement. Dans la période récente, c'est le cas notamment du rapport inter inspections de 2016, du rapport de la Cour des comptes de 2020, et du rapport 2021 de l'IGAS relatif à « *la pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France* », qui appellent notamment à réformer la gouvernance, clarifier les missions et revaloriser financièrement l'exercice des médecins en leur sein. Dès 2011, le rapport parlementaire Gaudron-Pinville¹⁹² faisait état d'un « *déficit de ressources humaines résultant d'une insuffisante attractivité des métiers proposés* ».

[237] La revalorisation nécessaire recouvre celle des rémunérations, mais pas uniquement.

2.2.3.1 Nécessité et limites de revalorisations financières

[238] Des rapports successifs ont souligné le niveau comparativement faible de la rémunération, principalement, des médecins de l'éducation nationale (MEN). Les données obtenues de la DGAFP confirment ce constat : parmi les médecins des trois fonctions publiques, en rémunération brute mensuelle incluant le traitement et les primes, les médecins de l'éducation nationale apparaissent selon les périodes comme les plus mal rémunérés ou parmi les plus mal rémunérés¹⁹³. Par rapport à une profession proche au sein de la fonction publique de l'État, un comparatif 2020 des rémunérations des médecins de l'éducation nationale et de celles des médecins inspecteurs de

¹⁹¹ Art. L2112-1 CSP.

¹⁹² « *Rapport d'information sur la médecine scolaire* », déposé par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques et présenté par Gérard Gaudron et Martine Pinville, députés, Assemblée nationale, 17 novembre 2011.

¹⁹³ Cf. annexe 6.

santé publique (MISP) montre par exemple que les MEN étaient plus mal rémunérés, pour chaque grade, que les MISP.

[239] La comparaison avec la fonction publique hospitalière doit être menée prudemment, car les métiers et conditions de travail diffèrent beaucoup ; cependant le dernier échelon des médecins scolaires atteint à peine la rémunération brute du 3^e échelon sur 13 des praticiens hospitaliers, différentiel tel qu'il laisse un espace de progression pour les médecins de l'éducation nationale sans rechercher un quelconque alignement.

[240] En comparaison entre la fonction publique de l'État et la fonction publique territoriale, l'écart négatif est marqué, pour chaque grade, entre les rémunérations des médecins de l'éducation nationale et celles des médecins territoriaux, écart qui provient pour l'essentiel des régimes de primes. Ce constat mériterait d'être précisé dans la mesure où le comparatif obtenu présume atteints pour tous les médecins territoriaux les plafonds réglementaires, mais la rémunération différentielle entre médecins de l'éducation nationale et médecins territoriaux peut constituer l'un des facteurs explicatifs des difficultés moindres de recrutement de médecins pour la PMI qu'au ministère de l'éducation nationale, confirmée par les données recueillies par la mission lors de ses déplacements.

[241] Les données obtenues concernent également les infirmiers, et montrent que, dans le cadre de la comparaison menée entre neuf ministères employeurs, les différences de traitement brut sont modérées ; mais en comparaison RIFSEEP¹⁹⁴ inclus les rémunérations annuelles moyennes des infirmiers de l'éducation nationale sont les plus faibles pour certains grades, et classées parmi les toutes dernières pour les autres grades. S'agissant des rémunérations des infirmiers de l'éducation nationale comparées avec celles des infirmiers territoriaux, une fiche établie conjointement par la DGAFP et la direction générale des collectivités locales (DGCL) indique que les grilles indiciaires sont identiques ; cette fiche ne fournit pas de comparaison terme à terme des rémunérations indemnitaires, mais indique que les infirmiers territoriaux bénéficient d'un complément de traitement indiciaire (CTI) et d'une prime de revalorisation.

[242] Pour préciser ces données, il conviendrait de les analyser plus finement au regard de conditions et temps de travail pouvant différer d'un corps à l'autre, et de leur intégrer le cas échéant les mesures de revalorisation récentes ou en cours de mise en œuvre relatives aux rémunérations dans les différents corps concernés. En l'état, elles apparaissent désincitatives de la voie de la santé scolaire¹⁹⁵.

[243] Ces données soulignent donc globalement la pertinence d'une revalorisation financière des rémunérations des médecins et infirmiers scolaires, mesure de nature à accroître l'attractivité de ces professions. Différentes voies de revalorisation sont envisageables.

[244] A statut inchangé, une revalorisation n'est pas hors d'atteinte techniquement. Deux voies le cas échéant cumulatives de réforme seraient porteuses de cohérence : l'alignement des grilles

¹⁹⁴ Le « régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel » (RIFSEEP) est le principal régime de rémunérations indemnitaires dans la fonction publique de l'État.

¹⁹⁵ C'est le cas même pour les professionnels faisant le choix d'une souplesse ponctuelle ou régulière de leur temps de travail *via* le bénéfice des congés scolaires, ce qui constitue selon les interlocuteurs rencontrés l'une des motivations d'une partie au moins des personnels de santé de l'éducation nationale. Même si ces voies sont différentes à différents égards, la souplesse beaucoup plus prononcée encore des missions médicales de travail temporaire dans les établissements publics de santé donne accès à des rémunérations bien plus attractives (Cf. annexe 6).

indiciaires entre corps aux sujétions comparables ; l'homogénéisation effective des régimes de primes, puisque les écarts proviennent essentiellement de telle ou telle composante du RIFSEEP. Si ce régime de rémunérations indemnitaires vise en principe à homogénéiser les rémunérations indemnitaires à compétences et responsabilités équivalentes, ce principe est mis en échec par l'absence d'homogénéisation, d'un ministère à l'autre notamment, des enveloppes financières correspondant aux rémunérations indemnitaires. Pour les données communiquées relatives à la rémunération de différentes catégories de médecins par ministères employeurs, la fourchette des primes annuelles moyennes au titre du RIFSEEP est ainsi comprise entre 10 954 € et 33 715 € ; seule une fraction des écarts s'explique par les différences de grade et de statut (titulaires / contractuels), le facteur principal de différenciation étant le ministère employeur. Une revalorisation des rémunérations indemnitaires des médecins et infirmiers de l'éducation nationale réduirait l'hétérogénéité interministérielle et serait donc cohérente avec le sens même du dispositif RIFSEEP.

[245] Deux voies alternatives de modifications statutaires induiraient par ailleurs une revalorisation des rémunérations médicales.

[246] Dans l'option d'un maintien de la gestion des personnels de santé par l'État, un rapprochement statutaire avec des catégories proches mais un peu mieux rémunérées de personnels de santé induirait de fait une augmentation des rémunérations. Le rapport Chauvin¹⁹⁶ a ainsi proposé, en l'occurrence dans une vision très large, la création d'un statut unique pour les médecins scolaires, médecins de PMI, médecins inspecteurs de santé publique, pharmaciens inspecteurs de santé publique, médecins du travail exerçant dans le secteur public, et praticiens hospitaliers en santé publique. Une option plus resserrée serait la fusion des MEN et MISP, perspective devant le cas échéant faire l'objet d'une évaluation globale.

[247] De même, dans l'option d'une décentralisation de la gestion des personnels de santé, une intégration des médecins de l'éducation nationale dans le cadre d'emploi des médecins territoriaux induirait de fait une revalorisation des rémunérations. Bien entendu, l'une comme l'autre option sera débattue et décidée au regard non de ce seul élément, mais de la recherche d'une efficacité accrue.

[248] Les voies de revalorisation évoquées ici ne sont pas exclusives d'autres mesures pertinentes. Notamment, l'emploi de secrétaire médico-scolaire dont l'importance a été soulignée devrait être positionné à un niveau suffisant ; au sein de l'éducation nationale, dans le cadre du plan national 2020-2026 de requalification des emplois de la filière administrative, il fait très probablement partie de ceux qui auraient à cet égard vocation à passer de la catégorie C à la catégorie B.

2.2.3.2 L'intérêt d'une revalorisation par le sens retrouvé

[249] Le manque d'attractivité des professions de santé scolaire n'est pas exclusivement financier. Au-delà des niveaux de rémunération, se pose la question de l'attractivité du métier de médecin de l'éducation nationale, et de façon croissante d'infirmier de l'éducation nationale, au regard des conditions dans lesquelles ces professionnels sont conduits à exercer leurs missions, voire au regard de l'impossibilité d'exercer une partie d'entre elles.

¹⁹⁶ « *Dessiner la santé publique de demain* », rapport remis par le Professeur Franck Chauvin au ministre des solidarités et de la santé, mars 2022.

[250] Dès 2006, le Pr Sommelet soulignait que les tâches des MEN sont « éclatées » entre les établissements et qu'ils ne pouvaient avoir une vision globale et continue de la santé des élèves, « en dépit du nombre impressionnant de textes qui, depuis 20 ans, réglementent leurs missions, inapplicables faute d'acteurs et de la complexité des niveaux de responsabilités ». Les médecins rencontrés ont tous évoqué un métier intéressant, axé sur la santé de l'enfant de trois ans, âge désormais de l'entrée en maternelle, jusqu'à la fin des brevets de techniciens supérieurs, un métier aussi inscrit dans un engagement auprès des jeunes, des familles et aux côtés des enseignants. Mais ils soulignent la grande difficulté à mettre effectivement en œuvre cet engagement. Les exemples développés *supra* des bilans médicaux de la sixième année très inégalement menés, de la contribution altérée voire supprimée à l'épidémiologie au gré des insuffisances des systèmes d'information, ou encore des conditions de délivrance des avis médicaux d'aptitude s'agissant des formations en milieux dangereux, fondent parmi d'autres un sentiment largement partagé d'exercice dégradé de la profession choisie, et de perte de sens.

[251] La circulaire relative au temps de travail, dans son chapitre regardant les personnels sociaux et de santé et notamment les médecins et infirmiers, apparaît en grand décalage avec la réalité actuelle des modalités de travail, s'agissant au moins des médecins. Aux termes de cette circulaire, la durée annuelle de travail correspondrait pour 90 % à des activités liées à la présence des élèves ou des étudiants ; sans que le sens de l'expression « activités liées à la présence des élèves » soit très clair, toutes les investigations menées montrent au contraire que pour les médecins de l'éducation nationale, une partie importante voire majoritaire de leur activité se déroule désormais hors la présence des élèves : avis médicaux portés sur les PAP à partir de fiches de renseignements complétées par l'équipe éducative et les parents sans rencontrer les élèves ; avis sur les attestations concernant les travaux réglementés sur la base de dossier pour les élèves de deuxième et troisième années, inflation d'instances et réunions diverses, etc.

[252] Les médecins rencontrés appellent, de même que les représentants auditionnés des autorités académiques, à la (re)définition de missions allégées des procédures administratives intervenant en lieu et place d'actes médicaux, et à la simplification des dispositifs entrecroisés. Ils plaident pour des secteurs géographiques redéfinis prenant notamment en compte la possibilité d'utiliser les nouvelles technologies de communication avec les autres personnels soignants. Plusieurs d'entre eux ont aussi souligné leur volonté de retrouver une implication en matière de promotion de la santé avec une participation plus grande dans la formation des autres professionnels, la recherche, la conduite de projets, ou encore l'élaboration de diagnostics territoriaux de santé publique. C'est aussi le sens des demandes des organisations représentatives de médecins de l'éducation nationale rencontrées par la mission.

[253] Comme le notent les rapports du jury du concours de médecin de l'éducation nationale, l'un des facteurs de motivation des candidats à travailler dans l'éducation nationale malgré des conditions peu attractives de rémunération au regard de l'investissement que représentent les études de médecine est le choix d'un exercice professionnel en réseau dans un contexte pluriprofessionnel, préféré à l'exercice libéral isolé. Les candidats, qui sont souvent des femmes, sont intéressés par la santé des enfants et attachés à la dimension de prévention, non uniquement à celle de soins curatifs. Certains candidats souhaitent réorienter leur parcours professionnel en ce sens après un certain nombre d'années d'exercice dans le secteur libéral ou en milieu hospitalier. L'organisation essentiellement scindée et en silos qui prévaut aujourd'hui dans l'éducation nationale pour les professions de santé et d'accompagnement social ne répond pas à cette aspiration.

[254] L'éducation nationale s'efforce de promouvoir la connaissance du métier de médecin scolaire. A ainsi été mise en place une formation transversale de spécialité (FST) dans le cadre de la réforme du 3ème cycle des études médicales. Devenue effective en 2020, elle a pour objectif de permettre aux étudiants en médecine d'acquérir des compétences relatives à la santé de l'enfant dans le cadre de l'école. Accessible aux internes de médecine générale, pédiatrie, de santé publique en phase d'approfondissement ou de consolidation, elle apporte en fonction du diplôme d'études spécialisées d'origine un approfondissement en connaissances pédiatriques cliniques, et / ou des connaissances spécifiques sur les troubles neurodéveloppementaux et en médecine de prévention et promotion de la santé. Composée de deux semestres organisés en stages dédiés et cours spécifiques, cette FST est présentée comme une première étape possible vers une carrière de médecin de l'éducation nationale. Pour cette formation aussi, la faible attractivité se traduit par un petit nombre de candidats. Pour l'année 2021-2022, 41 postes ont été ouverts et seuls 20 % d'entre eux auraient été choisis¹⁹⁷. Ces données s'inscrivent aussi dans une difficulté de faire toute sa place en France à la médecine de santé publique, à laquelle la médecine scolaire est largement assimilée par opposition à une médecine de soins et de prescription médicale. Quoi qu'il en soit, s'il est utile de faire mieux connaître les professions de santé scolaire, cette démarche ne peut être suivie d'effets statistiquement significatifs en l'absence de revalorisation incluant un exercice en adéquation avec les missions présentées.

[255] S'agissant de l'attractivité proposée par le sens revalorisé des métiers médicaux, les éléments exposés n'épuisent pas le sujet. La médecine scolaire est un volet de la santé publique. La voie pré-évoquée de la création d'un statut unique de médecin de santé publique¹⁹⁸ est riche de potentialités et ouvrirait notamment la voie de parcours diversifiés mais thématiquement cohérents. Elle devrait être explorée dans une évaluation dédiée.

2.2.3.3 Les marges à explorer d'une facilitation de l'exercice partagé

[256] La mission a exploré une troisième façon de revaloriser les professions de santé scolaire, qui pourrait résider en une facilitation de l'exercice partagé. Il s'agit d'une voie complémentaire, non substitutive aux deux premières que la mission estime toutes deux nécessaires.

- **La voie d'un exercice mixte de médecine scolaire et médecine hospitalière : des obstacles statutaires**

[257] Les échanges menés avec la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) au ministère de la santé et de la prévention ont visé en premier lieu à déterminer les perspectives éventuelles d'un exercice partagé entre des fonctions médicales hospitalières et des fonctions de médecin scolaire. Dans un contexte de rareté de la ressource médicale et de lassitude professionnelle, pour des raisons différentes, dans chacun de ces univers, une telle mixité semblait constituer une voie de nature à intéresser un certain nombre de praticiens.

[258] Depuis 2021, un assouplissement des règles d'exercice mixte a en effet été mis en place pour les praticiens hospitaliers afin de renforcer l'attractivité de leurs carrières. La DGOS a précisé

¹⁹⁷ Selon une estimation de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) seuls cinq internes de médecine générale et trois internes de santé publique avaient manifesté un intérêt.

¹⁹⁸ La proposition mentionnée *supra* du rapport Chauvin envisage un statut unique encore plus large englobant aussi par exemple les pharmaciens inspecteurs de santé publique.

que l'un des enjeux de la récente réforme statutaire des personnels médicaux exerçant en établissement public de santé¹⁹⁹ a été de faciliter l'exercice mixte des praticiens, sous la forme d'une conjugaison d'un exercice dans le secteur hospitalier public avec un exercice parallèle dans le secteur privé, en tant que médecin salarié ou en libéral. Il s'agissait de répondre aux demandes de développement de nouveaux modes d'exercice des praticiens, et de favoriser le décloisonnement des parcours et de l'offre de soins dans les territoires. Désormais, les praticiens hospitaliers (PH) et les praticiens contractuels (PC) peuvent cumuler leur emploi hospitalier avec l'exercice d'une activité privée lucrative dans des conditions très assouplies.

[259] Un exercice mixte combinant deux postes publics, relevant le cas échéant de pans différents de la fonction publique (fonction publique de l'État, ou fonction publique territoriale en cas de décentralisation, avec la fonction publique hospitalière) n'est en revanche pas licite en l'état de la réglementation : un fonctionnaire ne peut relever de deux statuts de fonctionnaires en même temps, *a fortiori* si ces statuts relèvent de deux versants de la fonction publique, dans la mesure où les règles statutaires diffèrent. Un fonctionnaire de l'État ne pourra cumuler son emploi de titulaire avec une activité dans un autre secteur public que dans le cadre d'un recrutement par contrat²⁰⁰, pour un cumul d'activité.

[260] Seul ce cadre de recrutement par contrat en cumul d'activité est le cas échéant ouvert²⁰¹, dans des conditions restrictives. Par ailleurs, un PH peut être détaché dans une administration de l'État, un établissement public de l'État, une collectivité territoriale ou un établissement public territorial,²⁰² mais uniquement à temps plein.

- **La voie de la pratique avancée**

[261] La voie de la pratique avancée, définie pour les infirmiers à partir de 2018, est fondée sur le nombre important de professionnels infirmiers intégrés dans les équipes de soins, le rôle central qu'ils assurent dans la prise en charge globale des patients et une approche expérimentée par certains professionnels infirmiers dans leur relation avec les équipes médicales. La pratique avancée infirmière autorise pour ces personnels des activités exclusivement médicales en partage avec les médecins, dans une collaboration étroite et conjointe. L'exercice en pratique avancée, concentré essentiellement en établissements hospitaliers et dans le cadre de certaines spécialités déterminées, n'existe pas pour le moment en médecine scolaire. Il paraît très peu adapté au fonctionnement actuel des professions de médecin et infirmier de l'éducation nationale, mais probablement aussi au fonctionnement à moyen terme, postérieur à la refonte préconisée des missions. L'une des conditions premières de la pratique avancée est en effet une présence médicale suffisante pour que vive cette forme très spécifique de partenariat.

¹⁹⁹ Ordonnance 2021-292 du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières, et décret du 5 février 2022.

²⁰⁰ Lui seront alors applicables les dispositions des articles L. 123-1 à L. 123-10 du code général de la fonction publique.

²⁰¹ Un PH ne peut exercer dans un autre établissement public de santé qu'en qualité de PH (art. R.6152-4 du code de la santé publique), mais rien ne l'empêche d'exercer en qualité de contractuel dans une autre administration publique.

²⁰² Art. R.6152-51 CSP.

- **Les protocoles de coopération**

[262] Une réflexion pourrait s'ouvrir pour favoriser, dans le cadre de véritables équipes de santé scolaires, la mise en place de protocoles de coopération²⁰³, délégations de tâches guidées par des arbres décisionnels et sous supervision des délégants. Depuis 2021, les équipes ont la possibilité de mettre en œuvre des protocoles locaux à leur seul usage et sans avis de la Haute autorité de santé.

[263] La condition préalable à ce type d'innovations est en toute hypothèse la constitution d'un fonctionnement collectif structuré, à l'opposé de la dispersion du cadre actuel de fonctionnement. A cet égard aussi, la constitution des services santé-sociaux préconisés serait un réel atout. Les délégations de tâches quant à elles doivent être parfaitement protocolisées, et partagées entre les professionnels concernés.

2.3 Quel que soit le portage institutionnel à venir, l'articulation à conforter entre services de l'éducation nationale et collectivités territoriales

[264] Les compétences et domaines d'intervention respectifs de l'éducation nationale et des collectivités territoriales au sein même des écoles et établissements rendent extrêmement souhaitable une réelle articulation au service de la santé scolaire, dans un cadre décentralisé comme dans le maintien du portage institutionnel actuel. C'est plus vrai encore dans le contexte de la pénurie de moyens, et pour la construction de la refonte préconisée des missions et de leur cadre d'exercice.

[265] Cette articulation territoriale accrue serait considérablement facilitée par une déconcentration du ministère de l'éducation nationale qui prenne mieux en compte le niveau départemental, évolution qui cependant ne va pas de soi.

2.3.1 Quel que soit le portage institutionnel d'ensemble, un partage de compétences au service de la santé scolaire

[266] L'univers scolaire n'est pas piloté et organisé par le ministère de l'éducation nationale seul, comme le rappelle le rapide récapitulatif ci-dessous des compétences et domaines d'intervention respectifs :

²⁰³ Art. 66 de la loi 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, et ses textes d'application.

Tableau 1 : Récapitulatif des domaines de compétences par responsables institutionnels et niveaux de scolarisation

Domaines de compétence / niveaux de scolarisation	École	Collège	Lycée
Enseignement, définition des programmes	État	État	État
Diplômes : définition et délivrance		État	État
Construction, reconstruction, entretien des bâtiments	Commune	Département ²⁰⁴ (y compris le second degré de l'enseignement privé)	Région
Fonctionnement pédagogique, acquisition de matériel pédagogique	Commune	État	État
Gestion des personnels enseignants recrutement, formation, rémunération, etc.	État	État	État
Gestion des personnels administratifs, techniques, de santé : recrutement, formation, rémunération, etc.	État	État	État
Gestion des personnels adjoints techniques territoriaux des établissements d'enseignement (ATTEE) ²⁰⁵ : recrutement, formation, rémunération, etc.	Commune	Département	Région
Programmation et sectorisation	Commune	Département : définition de la carte scolaire en matière de collèges (secteurs de recrutement des collèges publics) ²⁰⁶	Région : Etablissement du schéma prévisionnel des formations et du plan régional de formation professionnelle
Restauration scolaire	Commune	Département	Région
Transports scolaires	Région, ou département ²⁰⁷	Région, ou département	Région, ou département

Source : Données MEN et mission, tableau mission

²⁰⁴ Art. L. 213-2 du code de l'éducation.

²⁰⁵ Anciennement personnels techniciens, ouvriers et de service (TOS).

²⁰⁶ La scolarisation des collégiens est une compétence partagée par le département et par la direction des services départementaux de l'éducation nationale (DSDEN) : la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a confié au département le soin de définir les secteurs géographiques de recrutement des collèges publics ; toutefois, le directeur académique des services de l'éducation nationale (DASEN) procède à l'affectation des élèves et décide d'éventuelles dérogations aux secteurs scolaires (Cour des comptes, rapport annuel 2023 cité).

²⁰⁷ La compétence d'organisation et de gestion des transports scolaires a été transférée à la région à compter du 1er septembre 2017, sauf si cette dernière a décidé de la laisser au département (art. L. 3111-7 à L. 3111-10 du code des transports).

[267] Ces compétences induisent pour certaines une imbrication de fonctionnement au sein même des établissements ; ainsi, depuis la loi 3DS²⁰⁸, le président du conseil départemental exerce-t-il, au titre des compétences qui lui incombent en matière de restauration, d'entretien général et de maintenance des infrastructures et des équipements, une autorité fonctionnelle sur l'adjoint du chef d'établissement chargé dans les collèges des fonctions de gestion matérielle, financière et administrative. Il en va de même dans les lycées pour le président du conseil régional.

[268] Ces compétences emportent pour la plupart des effets sur la santé scolaire, ou la concernent pleinement. Ainsi la définition des programmes peut-elle inclure ou non, efficacement ou non, l'éducation à la santé ; la construction et l'entretien des bâtiments configurent positivement ou négativement de multiples déterminants de santé : qualité de l'air intérieur, exposition au bruit, aménagements favorables ou non à la santé physique et mentale, exposition ou non à des températures excessives, etc. ; la formation des personnels enseignants participe de la santé scolaire, c'est vrai aussi de la formation des adjoints techniques territoriaux des établissements d'enseignement (ATTEE)²⁰⁹, *a minima* pour ceux qui gèrent la restauration scolaire ; les compétences relatives aux personnels de santé et assimilés sont naturellement concernées ; c'est le cas aussi de la gestion de la restauration scolaire, ainsi que, de façon plus externe aux écoles et établissements, des transports scolaires.

[269] Ainsi, les compétences d'ores et déjà décentralisées sont-elles pleinement partie prenante de la politique de santé scolaire, telle que définie par le code de l'éducation²¹⁰. Ainsi aussi, des compétences dont la décentralisation n'est nullement envisagée à ce jour (élaboration des programmes scolaires, formation des enseignants, etc.) sont-elles, elles aussi, partie prenante de la politique de santé scolaire et le resteront quel que soit le choix à venir de portage de « *la politique de santé scolaire* ». Envisager une décentralisation de la politique de santé scolaire revient plutôt à modifier le positionnement d'un curseur qu'à organiser un basculement.

[270] Au surplus, non seulement il y a et il demeurera de part et d'autre des compétences importantes pour la santé scolaire, mais certaines de ces compétences doivent être exercées en cohérence pour être pleinement efficaces, comme le montre l'exemple développé *supra* de la restauration scolaire et des programmes scolaires relatifs à la nutrition, qui forment ensemble un pan important de l'éducation à la santé par l'alimentation.

[271] Pour forger une politique de santé scolaire efficace, il apparaît donc essentiel en toute hypothèse de conforter l'articulation entre services de l'éducation nationale et collectivités territoriales.

²⁰⁸ et sous réserve d'un vote au conseil d'administration de l'EPL et de la mise en place d'une convention.

²⁰⁹ Anciennement personnels techniciens, ouvriers et de service (TOS)

²¹⁰ Cf. *supra*, 1.1.1.

2.3.2 Une articulation territoriale plus nécessaire encore dans le contexte de pénurie de moyens et pour la construction de la refonte préconisée

[272] Le contexte largement partagé de la pénurie des moyens et notamment des personnels de santé accentue l'intérêt d'une articulation territoriale des politiques publiques.

[273] Au-delà-même de leurs compétences parties prenantes de la santé scolaire, les collectivités territoriales constituent de solides points d'appui pour construire des politiques favorisant une approche holistique de la santé des jeunes, dans l'exercice notamment de leurs compétences en matière d'action médicosociale et de solidarité²¹¹, ainsi, sans doute plus marginalement, que dans les initiatives que mènent nombre d'entre elles pour l'installation de professionnels de santé et l'amélioration de l'accès aux soins sur leur territoire. Là où elles sont menées, ces initiatives accroissent la capacité des équipes dédiées, dans les écoles et établissements publics locaux d'enseignement, pour nouer des liens avec d'autres acteurs de la santé dans les mêmes bassins de vie.

[274] Les supports locaux de contractualisation de droit commun²¹² mériteraient d'être plus investis par les responsables locaux et les professionnels de la santé scolaire ; mais cette participation suppose, à la fois, une impulsion institutionnelle et une disponibilité suffisante des professionnels de santé sur le terrain. Ce point crucial devra être pris en compte dans la réflexion sur la rationalisation des missions de ces professionnels, évoquée *supra*. Une meilleure inscription de la santé scolaire dans les CLS présenterait de nombreux bénéfices pour le territoire de santé et pour les élèves. Elle permettrait par exemple de tisser des liens entre établissements scolaires et acteurs locaux de santé, à la fois en vue d'améliorer l'orientation sanitaire des élèves nécessitant une prise en charge ou encore de développer des actions coordonnées de prévention.

[275] La refonte préconisée des missions, indispensable à leur effectivité, rend, elle aussi, plus pertinente encore une articulation très accrue entre services de l'éducation nationale et collectivités territoriales, particulièrement départementales. L'instauration d'un unique bilan de santé à vocation universelle dans les premières années de scolarisation de l'enfant en est un exemple évident²¹³. La condition de cette articulation est une territorialisation, productrice de synergies. Plus ou moins accentuée en fonction des évolutions à venir, elle peut résulter *a minima* de la rencontre entre la décentralisation déjà menée et une déconcentration à réaliser.

²¹¹ Cf. *supra*, 1.3.3.

²¹² Contrats locaux de santé (CLS) signés entre les collectivités et les ARS, d'un côté, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) de l'autre, *idem cf.* 1.3.3.

²¹³ L'intérêt d'une articulation plus effective entre État et collectivités territoriales ne se limite d'ailleurs pas à la politique de santé scolaire. Pour la construction, la rénovation et l'entretien des collèges notamment, la Cour des comptes préconise de « mieux articuler les actions de l'Éducation nationale et des départements. » (Rapport cité).

2.3.3 Pertinence et difficulté pour l'éducation nationale d'une déconcentration départementale

[276] Quel que soit le portage institutionnel à venir, mais plus particulièrement en cas de portage prorogé par le ministère de l'éducation nationale, l'accentuation très souhaitable de l'articulation territoriale rend particulièrement pertinente, voire nécessaire une déconcentration de ce ministère qui prenne mieux en compte le niveau départemental.

[277] Le niveau départemental est aujourd'hui, pour la politique de santé scolaire, un échelon peu décisionnel qui apparaît largement dépourvu de leviers de gestion. Les orientations susceptibles de guider les acteurs en faveur de la santé des jeunes relèvent du niveau académique²¹⁴, tandis que leur concrétisation est du ressort des établissements scolaires. Entre les deux, les DSDEN, même quand elles ont créé un pôle santé, se définissent d'abord comme un échelon de mise en œuvre des orientations arrêtées au niveau académique, de régulation des moyens notifiés par le rectorat et d'appui aux établissements. Leur fonction relève plus de l'animation et de l'observation - bien que cette dernière dimension soit elle-même obérée notamment par les dysfonctionnements des systèmes d'information - que du pilotage ou d'un suivi opérationnel. Elles sont largement impuissantes, y compris dans les départements complètement dépourvus de médecins de secteur, face aux lacunes massives de moyens. Ces constats ne renvoient pas pour autant à un pilotage académique effectif²¹⁵.

[278] Une déconcentration du ministère de l'éducation nationale en matière de santé scolaire, spécialement au niveau départemental, représente donc une évolution très conséquente dans une réorganisation territoriale du MENJ encore en construction ou non aboutie²¹⁶. Elle serait certes en cohérence avec la réhabilitation de l'échelon départemental dans les dernières orientations relatives à la mise en œuvre de la réforme de l'organisation territoriale de l'État²¹⁷, mais elle interviendrait aussi dans le contexte du récent regroupement des services départementaux placés sous l'autorité du préfet²¹⁸ au sein de deux ou trois directions départementales interministérielles (DDI) selon la taille du département. Le rapport cité de la Cour des comptes rappelle qu'un élément supplémentaire de complexité résulte de la volonté de l'État de développer le niveau interdépartemental, souvent pour mutualiser l'emploi de moyens humains réduits.

[279] S'agissant de l'éducation nationale, un rapport de 2018²¹⁹ relatif à « *la réorganisation territoriale des services déconcentrés des ministères de l'éducation nationale et de l'enseignement*

²¹⁴Circulaire n° 2015-117 du 10 novembre 2015 « *Le recteur élabore la politique éducative sociale et de santé académique en tenant compte des priorités nationales, du contexte local et des spécificités des territoires dans le cadre de son projet académique, en ciblant en particulier les territoires de l'éducation prioritaire (Rep et Rep+) et les zones rurales isolées* ».

²¹⁵ Cf. *supra*, 1.2.4.

²¹⁶ Cf. « *Les relations entre les administrations centrales, les services déconcentrés et les opérateurs dans le champ de l'enseignement scolaire, de la jeunesse et des sports et de l'enseignement supérieur : stratégies nationales et subsidiarité* » IGESR, septembre 2022.

²¹⁷ Orientations dont le récent rapport cité de la Cour des comptes relatif à la décentralisation rappelle le contraste avec l'annonce en 2014 de la suppression du niveau départemental à l'horizon 2020.

²¹⁸ Ce qui ne concerne pas directement l'éducation nationale mais constitue un élément fort de contexte.

²¹⁹ « *La réorganisation territoriale des services déconcentrés des ministères de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation* », mars 2018, mission nationale composée d'un

supérieur, de la recherche et de l'innovation », ne mentionne qu'à la marge le niveau départemental et est centré sur les pouvoirs respectifs des recteurs de régions académiques et des recteurs des académies. Il propose une « *évolution raisonnée du principe : un département, un IA-DASEN* » et préconise des formes de déterritorialisation du rôle des DSDEN²²⁰. Sans présumer de la mise en œuvre ou non de ces orientations, il est donc clair que la voie d'une déconcentration, notamment axée sur l'échelon départemental, ne va pas de soi pour le ministère en charge de l'éducation nationale²²¹.

[280] Une telle évolution portée isolément pour la politique de santé scolaire, thématiquement très importante mais regroupant une fraction marginale des effectifs gérés par ce ministère, est envisageable mais devrait être impulsée d'autant plus fortement. C'est l'un des éléments de contexte à prendre en compte pour décider, en matière de santé scolaire, de l'avenir pertinent du portage institutionnel.

3 Atouts et conditions d'une décentralisation aux conseils départementaux

3.1 L'intérêt d'une cohérence accrue au service des parcours de santé

[281] L'intérêt et les limites d'une décentralisation de la santé scolaire s'analysent au regard des articulations et complémentarités avec les autres acteurs d'un même écosystème, où les barrières institutionnelles représentent souvent des obstacles à la qualité du service rendu à l'élève et aux familles. Dans ce contexte, le suivi du parcours de santé de l'enfant demeure une question non résolue par les politiques publiques. Dans les perspectives d'évolution, le rôle du département dans les politiques sociales, de l'enfance et de la famille, ainsi que dans les politiques médico-sociales en lien avec les ministères particulièrement concernés (santé et prévention, MENJ) et d'autres partenaires (organismes sociaux) doit être pris en compte au service de la nécessaire continuité du suivi médico-social des personnes, en l'espèce des enfants.

3.1.1 Avec l'abaissement de l'âge de la scolarité obligatoire, une perméabilité de fait entre PMI et santé scolaire

[282] L'instauration de l'instruction obligatoire à trois ans entraîne une évolution majeure depuis l'ordonnance de 1945, puisque la première visite médicale d'entrée dans la scolarité a été transférée de fait aux services départementaux de la PMI - même si le texte prévoit aussi une possible mise en œuvre de ce même bilan par les services du MENJ. Au-delà de l'aspect

conseiller d'État, d'un recteur et de deux inspecteurs généraux de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche.

²²⁰ Le recteur d'académie pourrait ainsi « *confier des missions transversales, au niveau académique, à des IA-DASEN qui n'auraient plus de lien fixe avec un territoire départemental et pourraient intervenir sur l'ensemble du territoire académique dans le cadre de missions qui leur seraient confiées par le recteur* ».

²²¹ Notamment depuis le décret 2012-16 du 5 janvier 2012 relatif à l'organisation académique.

symbolique de cette mesure, la place et le rôle de la PMI dans le parcours de santé de l'enfant de 0 à 6 ans et *a fortiori* au sein de la santé scolaire s'en trouvent renforcés.

[283] Dans le domaine social et médico-social, la notion même de continuité, souvent encadrée par les textes, se heurte aux transitions mal assurées, insuffisamment protocolisées, ou entravées par des effets de ruptures entre les différentes institutions ne disposant pas de moyens efficaces d'échanges et de partage d'informations.

[284] Plusieurs raisons peuvent concourir à faire du département l'acteur principal et le pilote de la continuité du suivi au plan sanitaire et social de l'enfant, y compris dans son environnement scolaire conduisant à lever les freins et prévenir d'éventuelles ruptures dans le temps ou entre institutions. Il s'agit de préserver les actions menées en faveur de la santé des enfants des effets de rupture, alors que la continuité du suivi est un précieux facteur d'efficacité à l'occasion des transitions qu'ils connaissent, au fil de leur évolution en âge, stades de développement, changements physiques et psychologiques, et des étapes qui les affectent au plan familial, social et éducatif.

[285] Les services de la PMI sont les acteurs principaux, aux côtés des autres professionnels et institutions de santé, du suivi sanitaire des jeunes enfants puisqu'ils assurent leur accompagnement et celui des familles dans plusieurs volets de la prévention : les consultations et les actions médico-sociales de prévention et de suivi en faveur des femmes enceintes, des parents et des enfants de moins de six ans, les activités de planification familiale et d'éducation familiale ou encore les bilans de santé. Cette approche populationnelle, favorisée par des équipes pluridisciplinaires implantées dans des services territoriaux, facilite l'appréhension globale de l'enfant au sein de sa famille et son suivi *via* les visites ou accueils individualisés (assistantes maternelles) ou les structures collectives de la petite enfance (crèches).

[286] Pour les professionnels rencontrés, cette connaissance fine des familles et de leurs contextes de vie - celles repérées en situation de vulnérabilité par exemple - constitue un atout pour mieux réussir les transitions possiblement difficiles dans le parcours scolaire de l'enfant, avec notamment l'entrée en classe de maternelle. Dans le cadre d'une décentralisation de la santé scolaire au département, il est possible d'envisager que ces services, dans une démarche associant les parents et en lien avec les équipes éducatives, travaillent sur d'autres transitions, dont l'impact est semble-t-il aujourd'hui sous-estimé et mal réalisé, tout au long du parcours scolaire de l'enfant et de l'adolescent ; celles par exemple de l'entrée en primaire, au collège et au lycée.

[287] La notion de rupture peut aussi concerner l'information et les données concernant les enfants. Les ruptures *via* notamment l'insuffisance de transmission, de mémoire ou d'archivage des données traçant ces évolutions ont été souvent soulignées par les professionnels rencontrés. Globalement, la multiplicité des acteurs et des intervenants, et l'absence de coordination sont souvent préjudiciables à la qualité de la prise en charge. Les professionnels rencontrés constatent qu'ils existe des situations d'élèves non traitées voire non prises en charge pour des raisons techniques, notamment l'absence d'interopérabilité des systèmes d'information²²², doublées de raisons juridiques; ces applications portent en effet sur des données particulièrement sensibles,

²²² Ce constat et ses origines ont été documentés par le rapport « *Outils et systèmes d'information pour les politiques sociales décentralisées* », IGAS, février 2009, qui propose des voies d'évolution non explorées depuis.

dont l'utilisation est encadrée (secret médical, sécurisation des applications et droits d'accès aux seules personnes qualifiées), qui limite les possibilités de communication et de partage.

[288] Le portage du suivi sanitaire de l'enfant au sein de l'école par un seul opérateur serait de nature à lever un certain nombre d'obstacles énoncés. Le travail de la ville de Paris, qui assure à la fois les missions de PMI et de santé scolaire dans le premier degré, illustre la possibilité d'une continuité institutionnelle permettant d'assurer la continuité. Elle dispose de son propre système d'information, qui fournit un dossier patient ou dossier médical papier, auquel tous les membres du service ont accès, à des niveaux différents en fonction de leur rôle et profession. Cet outil a également vocation à permettre l'extraction de statistiques globales pour le suivi épidémiologique.

3.1.2 Une cohérence à conforter avec les compétences départementales et une approche de l'élève et de sa famille

[289] La compétence sociale des départements est aujourd'hui posée notamment par l'article L. 3211-1 du code général des collectivités territoriales, aux termes duquel le département « est compétent pour mettre en œuvre toute aide ou action relative à la prévention ou à la prise en charge des situations de fragilité, au développement social, à l'accueil des jeunes enfants et à l'autonomie des personnes. Il est également compétent pour faciliter l'accès aux droits et aux services des publics dont il a la charge ». La loi donne compétence au département y compris pour l'accès aux droits et aux services. Comme les déplacements de mission l'ont montré, les collectivités territoriales développant une action en santé scolaire tendent à inscrire celle-ci dans une approche globale, reliée à leurs compétences dans les domaines de la prise en charge du handicap, de l'aide sociale et de la solidarité, des politiques pour la jeunesse.

[290] La mise en œuvre de la politique de santé scolaire dans le domaine du handicap, portée par le MENJ et le secrétariat d'État aux personnes handicapées, s'exerce dans le cadre de compétences partagées, le département définissant et coordonnant au premier chef le projet personnalisé de scolarisation (PPS) des élèves en situation de handicap après la décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), les services de l'ARS déterminant l'offre de soins, les organismes de financement de la sécurité sociale intervenant pour leurs propres compétences.

[291] Un pilotage coordonné des assistants de service social recèle par ailleurs des marges d'efficacité accrue au bénéfice des enfants et de leurs familles. Aujourd'hui, les relations pourtant essentielles avec les services sociaux du département souffrent de l'absence, hors l'exception des zones d'éducation prioritaire, des assistantes sociales du MENJ dans le premier degré. Une synergie devrait être recherchée dans une organisation différente, prenant en compte les services territoriaux d'action sociale des départements. D'ores et déjà des rapprochements entre services de l'État et services départementaux ont été initiés sur certains territoires.

[292] Dans les compétences de politique pour la jeunesse, le choix retenu par le département de l'Isère illustre les complémentarités pouvant être mises en œuvre. Ce département inscrit en effet son action dans le cadre d'un plan jeunesse qui couvre une classe d'âge large, allant de la PMI aux lycées et entend y développer un volet de prévention ambitieux. L'organisation des services intègre, dans un même pôle, les directions des collèges, de la PMI et de l'aide sociale à l'enfance, de la culture et de la jeunesse et sport. En Ille-et-Vilaine et dans la Drôme, des organisations

comparables ont été mises en place, avec un plan de mandature ciblant la jeunesse et comportant un volet santé. Dans le cadre d'une telle approche multidimensionnelle, le public jeune est appréhendé dans son contexte familial, social et territorial et les problématiques de santé constituent un des éléments d'une démarche intégrant d'autres priorités éducatives, de citoyenneté par exemple.

3.1.3 Une couverture des services sur l'ensemble du territoire départemental ainsi qu'une souplesse de gestion

[293] La décentralisation favoriserait, par ailleurs, l'ancrage plus fort et pérenne du service de santé scolaire dans les territoires à un moment où la fragilisation des centres médico-scolaires induite par la pénurie de personnels médicaux conduit les DSDEN à souhaiter en restructurer le réseau. Or les départements, comme les communes, s'appuient sur des services qui maillent le territoire (territoires d'action sociale des départements, territoires de politique de la ville notamment pour les communes).

[294] Si d'autres collectivités publiques et privés interviennent dans le champ social, le département se positionne aujourd'hui comme un partenaire essentiel de l'action de proximité en direction et au service des enfants et des familles. Il a d'ailleurs la responsabilité de définir des schémas d'organisation dans plusieurs domaines et dispose généralement d'une organisation infra départementale de services d'action et d'accueil.

- L'existence d'un réseau de points d'accueil et de consultations, la question de l'attractivité des métiers de la santé, l'enjeu de la mobilité pour les publics

[295] Des points de consultations de la PMI maillent ainsi les territoires départementaux. Ils sont souvent regroupés avec différents services sociaux ou encore dans des lieux annexes mis à disposition par d'autres collectivités territoriales ou partenaires de l'action sociale. Les départements disposent de la sorte, en proximité, d'un réseau d'accueil des enfants et des familles, souvent dense malgré les difficultés rencontrées en matière de recrutement de ressources humaines dans le domaine de la santé ; selon les territoires, ils sont relativement adaptés aux mobilités que supposent les déplacements nécessaires pour les familles.

[296] S'agissant des ressources humaines, l'évolution des effectifs des professionnels de santé des départements, qui correspondent aux mêmes types de personnels que le MENJ, suit à peu près la même trajectoire d'évolution pour l'ensemble des catégories concernées à l'exception de celle des psychologues²²³. Ce sont les médecins (-23,8 %) qui connaissent la plus forte baisse tandis que le nombre d'infirmiers est à peu près stable (-1 %). A contrario, l'effectif des puéricultrices augmente de près de 8 % et constitue le métier le plus représenté au sein des services de la PMI ; pour la seule année 2019, ils représentent 42 % des effectifs des services de PMI tous personnels confondus. Dans les départements visités par la mission, la difficulté de recrutement des médecins de PMI a été confirmée, moindre cependant que la difficulté de recrutement des médecins de l'éducation nationale sur ces mêmes territoires. Afin de pallier les difficultés, les services de PMI prennent souvent le parti de mobiliser les puériculteurs pour réaliser la visite médicale et de dépistage des élèves de la maternelle. Certains départements comme celui de la

²²³ DREES, enquête Aide sociale auprès des conseils départementaux, 25 juillet 2020

Gironde, envisagent d'ailleurs de recruter un nombre important de ces personnels pour augmenter le taux de réalisation des visites, considérant comme prioritaire le dépistage précoce des pathologies et des troubles des comportements et apprentissages.

[297] Concernant les modalités d'accès aux différents services, et les déplacements induits, la loi d'orientation des mobilités a prévu que les départements participent aux côtés de régions à la définition de bassins de mobilités et sont tenus, à l'échelle de chacun d'entre eux, de piloter l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action commun en matière de mobilité solidaire, auxquels sont associés les organismes publics et privés en charge de l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité économique et de handicap, ou dont la mobilité est réduite.

3.2 Les choix ouverts en termes de décentralisation aux conseils départementaux

3.2.1 Choix pour le périmètre d'une décentralisation de la santé scolaire

[298] La préparation d'une loi de décentralisation de la santé scolaire devrait en premier lieu en définir les contours, qui peuvent être appréhendés par les missions ou par les personnels.

3.2.1.1 Transfert des missions de santé scolaire : le préalable d'une reconfiguration, orientations

[299] L'analyse juridique et fonctionnelle des missions relevant de la politique de santé scolaire caractérise un foisonnement de tâches, une grande disproportion entre leur exigence globale et les moyens disponibles, une mise en œuvre effective présentant, d'un département à l'autre et d'un territoire infra-départemental à l'autre, de très fortes inégalités peu régulées ou non régulées, un délaissement particulier du premier degré (écoles) sur l'ensemble du territoire, hors initiatives spécifiques²²⁴. Les pans majeurs, en termes de temps requis en tous cas, que constituent les bilans de santé, les avis médicaux annuels d'aptitude préalables à l'affectation des élèves mineurs aux formations en milieux dangereux, et la gestion des différents dispositifs de « l'école inclusive », même incomplètement et inégalement réalisés les uns et les autres, laissent trop peu de place à l'éducation à la santé comme aux fonctions de proximité au service des élèves et des familles.

[300] Les préconisations émises s'agissant de l'attractivité des métiers et la réorganisation indispensable de leur exercice réouvriront des marges de manœuvre, mais sans dispenser de choix dans le panel des missions. Ces choix nécessitent pour partie des expertises complémentaires - s'agissant en particulier de l'âge pertinent pour un bilan de santé unifié dans les premières années de l'enfant, des conditions de délivrance des avis d'aptitude ou encore de l'articulation des

²²⁴ Celle par exemple impulsée dans le département du Pas-de-Calais par l'académie qui a impulsé une intervention des médecins dans les circonscriptions du premier degré afin de privilégier le dépistage dès le plus jeune âge des troubles sensoriels et neurodéveloppementaux (atteintes cognitives, comportementales et sensorimotrices) des élèves.

différents dispositifs de reconnaissance des troubles invalidants ; pour partie, ils relèvent d'arbitrages politiques.

[301] La mission estime que ces choix sont indispensables quelle que soit la configuration retenue pour le portage institutionnel²²⁵. Dans l'option d'une décentralisation, ils constituent, pour l'essentiel, un préalable. En effet, le transfert de missions non hiérarchisées et pour partie non réalisées, ou réalisées sur certaines parties du territoire seulement sans lien avec des critères prédéfinis, hors de proportion au surplus avec les effectifs disponibles, serait techniquement difficile à organiser et ne risque guère, surtout, de déboucher sur des résultats satisfaisants.

[302] Pour cette phase de refonte des objectifs et de leur déclinaison normative, la mission propose les orientations suivantes.

- **Un examen et une priorisation des missions au regard de leur impact en santé publique**

[303] Chacune des missions relevant aujourd'hui de la santé scolaire trouve une légitimité au regard de considérations diverses, ou a été ponctuellement ajoutée aux autres pour répondre à telle ou telle demande, sans que le tout soit hiérarchisé.

[304] S'agissant d'une politique sanitaire, il est essentiel que l'impact en santé publique de chaque mesure soit évalué et constitue l'un au moins des critères de hiérarchisation.

- **Le chiffrage du coût de chacune des missions maintenue, reconfigurée ou nouvellement introduite dans le socle de missions revisité**

[305] Pour la conduite des missions de santé scolaire susceptibles d'être décentralisées, les coûts sont essentiellement des coûts de personnel (*cf. infra*). Le chiffrage de ces coûts n'est pas hors de portée. Il devra être basé sur deux éléments principaux.

[306] Il s'agit d'une part, d'une estimation du « temps homme » requis par chaque mission, sur le fondement notamment des missions existantes. Le rapport IGAS, IGAENR et IGEN remis en 2016²²⁶ avait fourni des estimations qui devront *a minima* être actualisées : pour les missions incombant aux médecins, il avait par exemple pris en compte des « secteurs » de 7000 élèves, effectif d'élèves par médecin qualifié alors de modéré, et qui n'existe plus aujourd'hui même dans les départements les mieux dotés²²⁷. Pour apprécier la charge de travail d'un médecin de secteur ou d'un infirmier, la mission s'était appuyée sur des estimations déclaratives mais convergentes du temps annuel passé pour chaque mission-type, le temps passé par mission était ensuite obtenu en multipliant le nombre d'élèves concernés par chaque mission par le temps requis par chaque mission.

[307] D'autre part, il convient de chiffrer les coûts de rémunération correspondants, en fonction des critères pertinents pour chaque mission (nombre d'élèves, d'écoles ou établissements, typologie des difficultés induisant telle ou telle mission, etc.). Ce chiffrage devrait inclure une

²²⁵ Cf. *supra*, 2.1.

²²⁶ « *Evaluation de politique publique – Place de la santé scolaire dans la santé des jeunes : état des lieux et perspectives* », IGAS, IGAENR et IGEN, avril 2016.

²²⁷ Cf. annexe 3.

estimation du surcoût induit le cas échéant pour le recrutement, de médecins notamment, dans les territoires les moins bien dotés aujourd'hui²²⁸, ou le coût d'organisations substitutives à définir.

[308] Une organisation pilotée par les conseils départementaux d'un socle de missions refondu permettra des mutualisations et synergies avec les moyens déployés pour la protection maternelle et infantile. Ces gains potentiels pourront être pris en compte, mais devront l'être de façon prudente et différenciée, au regard des difficultés de financement de la PMI par les départements les moins dotés de ressources financières propres²²⁹.

- **La possibilité ou non d'une prise en charge d'une partie des missions par d'autres acteurs**

[309] Les bilans de santé prévus au titre de la politique de santé scolaire s'insèrent dans un parcours de santé composé de vingt bilans ou visites. Sa place a été réaffirmée par la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 « de modernisation de notre système de santé » qui précise que ce parcours doit être éducatif²³⁰.

[310] La refonte des missions pourra examiner les fonctions spécifiques assignées au bilan de santé scolaire et réinterroger éventuellement les possibilités de son organisation dans d'autres cadres, notamment la médecine de ville ou hospitalière. Une telle hypothèse devrait cependant prendre en compte les avantages mentionnés *supra* d'un bilan universel en milieu scolaire, ainsi que les inégalités d'accès à la médecine de ville.

- **La définition d'un équilibre entre l'homogénéité requise le cas échéant pour une partie des missions et la configuration autonome par les collectivités décentralisées des politiques dont elles portent la responsabilité**

[311] Une partie de la doctrine et la plupart des associations représentatives des collectivités territoriales soulignent l'insuffisance de la reconnaissance du principe constitutionnel de libre administration des collectivités territoriales dans des lois de décentralisation qui verrouillent le socle des attributions, comme leurs modalités de mise en œuvre, apparentant de fait les fonctionnements décentralisés et déconcentrés²³¹. S'agissant des politiques sociales, le rapport public 2023 de la Cour des comptes relie cette analyse au positionnement de nombre d'entre elles, qui sont au carrefour de multiples enjeux²³².

²²⁸ Hors l'hypothèse de l'adoption entre temps de mesures nationales susceptibles d'induire l'implantation de médecins notamment sur l'ensemble du territoire.

²²⁹ Cf. notamment le rapport Peyron.

²³⁰ Il est ainsi devenu le « *parcours éducatif de santé* ». Cf. à la suite de cette loi la circulaire 2016-008 du 28 janvier 2016 sur la mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves.

²³¹ Cf. par exemple la réponse de l'ADF au rapport public 2023 de la Cour des comptes et des chambres sur la décentralisation.

²³² « *La répartition des compétences opérée par la loi dans le champ des politiques d'aide et d'action sociales a consacré le rôle central des départements, tout en prévoyant la possibilité d'importantes interventions d'autres acteurs publics. Il en découle une tension permanente entre des objectifs de solidarité nationale et la mise en œuvre par les collectivités de politiques locales dans le cadre du principe de libre administration. /.../ Mais la décentralisation n'a pas consacré l'exclusivité des compétences départementales en la matière. Les enjeux sociaux se situent en effet au carrefour de nombreuses politiques publiques (santé, logement, éducation, emploi et formation professionnelle, justice), ce qui rend difficile une approche par blocs de compétences étanches, consistant à attribuer la responsabilité de la totalité des actions relevant de l'action sociale à une*

[312] Pour tendre vers un équilibre à cet égard, la démarche partenariale de choix pourrait être guidée par la constitution d'une double, voire d'une triple strate de missions.

[313] Une première strate serait composée des missions obligatoires, dans leur principe et dans leurs modalités de réalisation, à deux titres :

- parce qu'elles mettent en œuvre un socle normatif supranational (protection des populations jeunes devant des milieux professionnels dangereux), ou confirmé en droit français ;
- parce que leur réalisation territoriale consolidée conditionne des résultats nationaux (démarche épidémiologique, si elle est restaurée dans cette dimension globale).

[314] Une seconde strate regrouperait les missions obligatoires dans leur principe mais dont les modalités de réalisation pertinentes relèvent de l'autorité territoriale compétente, afin notamment qu'elles puissent prendre en compte des spécificités populationnelles ou organisationnelles, s'articuler avec des politiques préexistantes ou s'inscrire dans les cadres locaux de contractualisation.

[315] Une troisième strate énoncerait en tant que de besoin les missions facultatives, à la décision et configuration complètes des collectivités territoriales en charge.

● Une cohérence de pilotage

[316] La cohérence du pilotage fait partie des objectifs à rechercher. Il n'est pas exclu dans l'absolu de confier une partie des missions à une autorité décentralisée tandis que d'autres resteraient de la responsabilité de l'État, par hypothèse déconcentré, mais la mission ne préconise pas une telle orientation. Celle-ci exigerait en effet le maintien ou la constitution d'équipes de part et d'autre, dupliquant pour partie le travail de conception et de gestion, entravant les synergies, générant des surcoûts²³³.

[317] Cela n'implique pas le pilotage de la totalité des compétences servant la santé scolaire soit par le ministère de l'éducation nationale, soit par les collectivités délégataires. Comme indiqué, les compétences d'ores et déjà décentralisées de construction et gestion des bâtiments scolaires, et de restauration scolaire, emportent une forte dimension sanitaire. A l'inverse, les programmes

unique collectivité. /.../ L'État demeure ainsi responsable du cadrage réglementaire des politiques sociales et de leur suivi statistique au plan national. Il reste par ailleurs le principal financeur de dispositifs dont il n'est plus l'attributeur ou le gestionnaire, par exemple l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ou les aides versées en fin d'année aux bénéficiaires du RSA. Paradoxe de la subsidiarité, l'accueil des publics les plus fragiles et les plus précaires (demandeurs d'asile, personnes sans domicile fixe ou souffrant d'addiction) relève aussi encore largement de l'État. Les interventions de ce dernier s'exercent également à travers des opérateurs nationaux, notamment Pôle Emploi dans le champ de l'insertion professionnelle et les agences régionales de santé (ARS) dans le domaine de l'offre d'accueil médicalisé des publics. » (Rapport cité, extraits).

²³³ Le rapport annuel 2023 de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes souligne que la décentralisation en France est marquée par une grande complexité et un paysage institutionnel brouillé, ce qui entraîne « un manque de lisibilité pour les citoyens et ne favorise pas l'amélioration du service rendu aux ménages et aux entreprises, ni la recherche d'une plus grande efficacité de l'action publique ». La mission ne discerne aucune plus-value à une accentuation de ces constats par une décentralisation de la santé scolaire si elle était menée de façon non cohérente, enchevêtrant les compétences et divisant des moyens qui par ailleurs font trop souvent défaut.

scolaires définis par le ministère de l'éducation nationale le resteront *a priori* et ils contribuent à l'éducation à la santé. Si la coopération est très souhaitable, il s'agit par contre d'éviter une imbrication contreproductive des compétences²³⁴ et donc, dans la voie d'une décentralisation, d'opter pour un périmètre englobant l'ensemble des missions redéfinies hors celles qui seraient le cas échéant confiées à d'autres acteurs. Une option minimale serait la décentralisation de l'ensemble des compétences relatives à l'école primaire, afin de profiter des synergies immédiates avec la PMI et de mettre un terme à l'effet de césure entre la PMI et la santé scolaire en cycle primaire. Le risque est alors le report de cet effet entre les cycles primaires et secondaires, et la duplication évoquée des coûts.

[318] La refonte du socle de missions devrait être opérée en association étroite entre les ministères de l'éducation nationale et de la jeunesse d'une part, de la santé et de la prévention d'autre part, en association avec chacun des ministères concernés²³⁵, et en co-construction avec les conseils départementaux. En effet, particulièrement pour la préparation d'une loi de décentralisation, mais même hors ce cas de figure, les axes préconisés ont en toute hypothèse une incidence forte sur plusieurs de leurs compétences, qu'il s'agisse de l'organisation des bilans de santé en école maternelle ou de l'accompagnement social des familles par exemple (*cf. supra*). Il s'agit de bâtir un cadre réaliste, identifiant clairement les responsabilités respectives comme les moyens afférents, et générateur de synergies.

Recommandation n°10 Travailler la refonte du socle de missions, indispensable en toute hypothèse, en préalable à une décentralisation. Structurer la redéfinition de ce socle en prenant en compte l'impact en santé publique de chacune des missions ; le coût de chacune des missions maintenue, reconfigurée ou nouvellement introduite dans le socle de missions revisité ; la possibilité ou non d'une prise en charge de certaines d'entre elles par d'autres acteurs ; le nécessaire équilibre entre les missions obligatoires dans leur principe et dans leurs modalités de réalisation, et les missions dont le principe ou les modalités de réalisation pertinentes relèvent de l'autorité territoriale compétente. Effectuer cette analyse et ces choix en association notamment avec le ministère de la santé et de la prévention, et en co-construction avec les conseils départementaux et les villes délégataires.

3.2.1.2 Transfert des personnels concernés : pour un périmètre cohérent avec l'efficacité recherchée

[319] L'article 144 de la loi 3DS mentionne un transfert « *de la médecine scolaire aux départements* », ce qui pourrait suggérer un transfert limité aux seuls médecins. L'expression « *médecine scolaire* » renvoie dans certains contextes à une politique faisant historiquement référence aux actes des médecins, par opposition à la « *santé scolaire* » dans sa conception plus large énoncée par le code de l'éducation²³⁶ ; mais cette locution est plus souvent utilisée pour

²³⁴ « Une nouvelle étape de la décentralisation est souhaitable, qui fixera une répartition plus claire des compétences entre les différents échelons de gestion locale et entre les collectivités territoriales et l'État et dotera chaque niveau des moyens lui permettant d'assumer ses compétences dans des conditions d'efficience et d'efficacité mesurables. » (Cour des comptes et chambres régionales des comptes, « Quarante ans de décentralisation », rapport annuel 2023 cité).

²³⁵ Cf. les précisions correspondantes dans le tableau des recommandations.

²³⁶ Cf. *supra*, 1.1.1.

désigner un peu rapidement la politique de santé scolaire dans ses contours actuels. La lecture des débats parlementaires montre au demeurant que l'idée portée n'est pas celle d'un transfert limité aux seuls médecins, mais bien celle d'un transfert de la compétence de santé scolaire, d'où découle le transfert des personnels de l'éducation nationale qui en sont chargés²³⁷.

[320] Quoi qu'il en soit, la mission estime qu'il serait contreproductif de concevoir une mesure de décentralisation concernant exclusivement les médecins de l'éducation nationale. L'analyse développée dans le présent rapport montre, sans originalité particulière, le caractère indispensable d'un fonctionnement en équipes associant infirmiers et médecins, non limitées à ces deux professions. La lettre de commande du présent rapport vise tant les médecins que les infirmiers scolaires et, plus généralement, les « *personnels de santé scolaire* ». Les rapports notamment récents n'optent pas pour une approche limitée aux médecins ; ainsi le rapport inter-inspections de 2016 soulignait-il le lien médecins-infirmiers de l'éducation nationale, « *jugeant que leurs enjeux et leur avenir (sont) nécessairement solidaires* »²³⁸.

[321] Comme développé *supra*, dans une approche cohérente des équipes, nécessaire à l'efficacité, celles-ci devraient réunir plus largement quatre métiers : les médecins, les personnels infirmiers et d'assistance sociale, et les psychologues de l'éducation nationale. La Cour des comptes écrivait en 2020 que les missions de l'éducation nationale en matière de santé des douze millions d'élèves, « *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.* » En termes d'équipes, il est indispensable d'inclure également les secrétaires médico-scolaires ; leur effectif actuellement très réduit en CMS devra être mesuré avant de déterminer les modalités techniques de leur prise en compte dans l'équilibre des charges²³⁹.

[322] Il paraîtrait au surplus difficile de cerner le sens d'une mesure de décentralisation si elle était limitée aux médecins de l'éducation nationale, dans le contexte de la forte diminution de leur effectif et d'une répartition territoriale qui laisse certains départements totalement dépourvus de médecins de secteur.

[323] Hors l'hypothèse d'un transfert limité aux médecins, différentes configurations sont imaginables mais étant donnée la déshérence durablement analysée de rapport en rapport, la mission recommande de faire prévaloir l'efficacité et la cohérence. Elle estime en conséquence que dans la voie d'une décentralisation, le transfert pertinent devrait concerner les médecins et

²³⁷ A l'image de ce qui a été fait par la loi 2004-809 du 13 août 2004 (art. 82), qui a confié aux départements et régions de nouvelles missions en matière d'éducation : l'accueil, la restauration, l'hébergement, l'entretien général et technique des EPLE. Contrairement aux transferts de compétences opérés dans les années quatre-vingt qui concernaient avant tout des biens immobiliers, ces nouveaux transferts relevaient de la prestation de service.

²³⁸ « *La mission a opté pour une approche englobant les deux acteurs majeurs de la santé scolaire que sont les médecins mais aussi les infirmières de l'éducation nationale, jugeant que leurs enjeux et leur avenir étaient nécessairement solidaires* » (Rapport relatif à la place de la santé scolaire dans la santé des jeunes, remis en avril 2016 par l'IGAS, l'IGAENR et l'IGEN).

²³⁹ Cf. *infra*.

infirmiers de l'éducation nationale, les psychologues scolaires, les assistants de service social et les secrétaires médico-scolaires.

[324] Les modalités de ce transfert devront être étudiées précisément. Par exemple, les psychologues scolaires notamment « EDA » interviennent dans les classes en lien étroit avec les équipes pédagogiques (cf. *supra*). Un portage institutionnel modifié n'obère pas ce fonctionnement, dont le cadre devra être précisé au terme de l'évaluation évoquée. Dans un autre ordre d'idées, l'effectif de secrétaires médico-scolaires est beaucoup trop réduit aujourd'hui pour pourvoir raisonnablement les besoins, que ce soit en gestion centralisée ou décentralisée. Ce point devra parmi d'autres être pris en compte dans le financement d'une décentralisation (cf. *infra*).

Recommandation n°11 Dans la voie d'une décentralisation, privilégier pour les personnels concernés un périmètre cohérent composé *a minima* des médecins et infirmiers de l'éducation nationale, des psychologues scolaires et des secrétaires médico-scolaires. Un transfert concomitant ou, si cela apparaît préférable, un peu différé des assistants de service social serait lui aussi cohérent avec l'exercice des missions au service des élèves, et générateur de synergies particulièrement nécessaires.

[325] Les personnels correspondants représentaient en novembre 2019, selon la communication 2020 de la Cour des comptes citant une source DEPP²⁴⁰, 20 163 ETP²⁴¹ hors secrétaires médico-scolaires, soit 17 246 ETP si l'on soustrait de ce total les assistants de service social. Selon les données DEPP de septembre 2022²⁴², l'ensemble des personnels relevant à cette date du ministère de l'éducation nationale représentait 1 088 529 ETP²⁴³. Avec une approximation résultant de l'évolution 2019-2022, non chiffrée, le total hors assistants de service social des ETP qu'il est ainsi proposé de transférer dans l'option d'une décentralisation représente donc 1,6 % des ETP relevant du ministère de l'éducation nationale. En incluant les assistants de service social, ce pourcentage serait à peine plus élevé, représentant approximativement 1,8 % des ETP gérés aujourd'hui par le ministère de l'éducation nationale.

[326] Le choix préconisé d'un transfert comprenant les assistants de service social concernerait ainsi un effectif total quatre à cinq fois inférieur à celui des personnels techniciens, ouvriers et de service dont les missions ont été transférées aux régions et départements par la loi du 13 août 2004²⁴⁴.

²⁴⁰ Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance au MENJ.

²⁴¹ Dont, à cette date et *a priori* personnels de secteur et de conseil confondus, 932 ETP pour les médecins, 7 867 ETP pour les infirmiers, 8 447 psychologues scolaires (3 925 ETP pour les psychologues du premier degré, 4 522 ETP pour les psychologues du second degré, 2 917 ETP pour les personnels de service social.

²⁴² Panorama statistique des personnels de l'enseignement scolaire 2021-2022, septembre 2022.

²⁴³ Dont 893 391 titulaires et 195 138 non titulaires.

²⁴⁴ L'éducation nationale comptait alors 93 587 personnels techniciens, ouvriers et de services selon le rapport remis en novembre 2006 par l'observatoire de la décentralisation (cf. rapport d'information fait au nom de l'observatoire de la décentralisation sur le transfert des personnels techniciens, ouvriers et de service (TOS) et celui des personnels des directions départementales de l'équipement (DDE), Sénat, 8 novembre 2006).

3.2.2 Choix relatifs aux collectivités délégataires

3.2.2.1 L'exercice actuel d'une partie des compétences de santé scolaire par certaines communes

[327] L'article 144 de la loi 3DS envisage les perspectives d'un transfert aux départements, ce qui est cohérent avec les missions d'ores et déjà exercées par ces collectivités, et de nature à générer des synergies (cf. *supra*). D'autres collectivités territoriales interviennent cependant en matière de santé scolaire. D'une part, douze communes²⁴⁵, pour la plupart des grandes villes, exercent la compétence de santé scolaire, le plus souvent par délégation de l'État.²⁴⁶ D'autre part, les communes et régions sont responsables comme les conseils départementaux de compétences participant de la politique de santé scolaire, notamment la construction, et l'entretien des bâtiments respectivement pour les écoles et les lycées.

[328] Ce dernier aspect n'appelle pas de mesures particulières. Comme rappelé à propos des mêmes compétences exercées par les conseils départementaux, la construction et la gestion des bâtiments scolaires, ainsi notamment que la restauration, participent de la politique de santé scolaire en tant qu'externalités favorables ou nocives pour la santé. Ces compétences sont décentralisées et donc non concernées par la mesure envisagée de décentralisation (cf. *supra*). La façon dont elles sont exercées peut constituer un apport précieux pour l'éducation à la santé aussi ; c'est d'autant plus le cas si l'éducation nationale d'une part, responsable des programmes scolaires et de leur mise en œuvre, et d'autre part la collectivité responsable de ces compétences de gestion s'articulent et interviennent en cohérence ; mais ce constat vaut avec ou sans décentralisation.

[329] L'exercice d'une partie au moins de la compétence de santé scolaire, généralement par délégation de l'État, par différentes villes pose par contre la question de la pérennité de ce fonctionnement en cas de transfert aux conseils départementaux. La mission n'a pas pu procéder à une évaluation d'ensemble, et les services délégants de l'éducation nationale ne suivent pas la mise en œuvre des conventions²⁴⁷. Cependant, les éléments disponibles montrent l'intérêt des impulsions données et des organisations mises en place. Notamment, dans les services visités, les missions de santé scolaire sont conçues dans le cadre de réflexions stratégiques globales sur le parcours santé de l'enfant, et en prenant en compte les dimensions sociales, environnementales, périscolaires. Les organisations respectives se montrent ainsi capables d'évoluer en fonction des contraintes et opportunités, par exemple avec l'ouverture vers des professions paramédicales et de la rééducation, ou en mettant en place des solutions innovantes pour faciliter l'accès aux soins²⁴⁸. Une réelle attention est portée au maillage sur le territoire communal. Les moyens dédiés apparaissent très supérieurs à ceux mis en œuvre par l'État qui, là où des conventions existent, ne les finance plus qu'à la marge, ce qui conduit les communes à mobiliser des financements propres. Pour les huit communes bénéficiant d'une subvention de l'État en contrepartie des missions

²⁴⁵ Antibes Juan-les-Pins, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon, Nantes, Paris, Rennes, Strasbourg, Vénissieux et Villeurbanne, plus, depuis février 2022, La Courneuve, qui a repris cette compétence en délégation pour le premier degré, à la suite du départ du dernier médecin scolaire sur son territoire.

²⁴⁶ Cf. annexe 16 du rapport 2020 de la Cour des comptes et annexe 8 du présent rapport.

²⁴⁷ La mission n'a même pas obtenu le texte demandé de l'ensemble des conventions.

²⁴⁸ Par exemple : médiation en santé pour faciliter le lien vers l'aval, cabinets bucco-dentaires itinérants.

prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation, qu'elles exercent par délégation, le rapport 2020 de la Cour des comptes documente « *un investissement par élève nettement supérieur à celui de l'État* », la subvention État par élève en 2018 étant par exemple de 6,71 euros à Bordeaux, pour un coût total de 38,75 euros, de 2,39 euros à Villeurbanne, pour un coût total de 70 euros, etc.²⁴⁹

[330] Il serait dommage, en conséquence, qu'une décentralisation de la santé scolaire aux départements mette un terme, pour les populations concernées, aux fonctionnements en place ou à la possibilité de les initier dans d'autres villes.

[331] Deux voies sont concevables dans l'absolu, l'une constituant une décentralisation dans un cadre variable, ouvert en l'occurrence à deux types de collectivités, l'autre constituant une décentralisation homogène aux conseils départementaux ouvrant la possibilité de délégations aux communes volontaires.

3.2.2.2 Le choix d'un transfert à l'ensemble des conseils départementaux, ouvrant la possibilité de délégations aux communes volontaires

[332] Il n'y a pas d'obstacle à la délégation par une collectivité territoriale de tout ou partie d'une compétence dont elle est attributaire à une collectivité territoriale relevant d'une autre catégorie²⁵⁰. C'est ainsi par exemple que la ville de Rennes exerce sur son territoire les compétences de protection maternelle et infantile, par délégation du département d'Ille-et-Vilaine.

[333] Certains représentants rencontrés des communes actuellement délégataires de l'État ont exprimé des craintes ou réticences devant l'éventualité d'un cadre conventionnel avec la collectivité départementale. Ce sentiment s'entend en termes d'autonomie d'action ; en effet, les conventions passées avec l'État²⁵¹ n'encadrent en rien les choix opérés par les communes concernées. En termes de financement par contre, dans le contexte évoqué des conditions actuelles de délégation, ces mêmes communes ne pourraient *a priori* que gagner à un portage des conventions par les conseils départementaux.

[334] La voie d'un transfert homogène aux conseils départementaux ouvrant la possibilité de délégations aux communes volontaires ne garantit pas la passation de ces conventions, les choix correspondants de part et d'autre relevant de la libre administration des collectivités territoriales. Pour autant, le pragmatisme incite à penser qu'une collectivité départementale compétente en matière de santé scolaire verrait plus d'avantages que d'inconvénients à l'appui apporté par l'investissement d'une ou plusieurs communes, notamment de celles qui sont déjà actives en la matière, avec des équipes et infrastructures en place. Si le législateur estime souhaitable de favoriser ce type de coopération, des mesures d'incitation financière pourraient éventuellement être étudiées. Sous réserve de validité juridique et d'éviter une complexité excessive, il est peut-

²⁴⁹ Cf. tableau 23 de l'annexe 16. Le rapport précise que le montant de la subvention ne repose sur aucun critère objectif et se trouve être, en montant par élève, très variable d'une ville à l'autre.

²⁵⁰ Art. L1111-8 CGCT.

²⁵¹ Ces conventions n'étant apparemment jamais suivies ni mises à jour. Aucune convention n'a même été signée avec l'une des communes « délégataires ».

être envisageable aussi que la loi idoine de décentralisation prévoit une garantie particulière à l'égard des communes antérieurement délégataires de l'État.

[335] Quoi qu'il en soit, la cohérence voudrait que le cadre législatif solidarise, lors d'une décentralisation aux conseils départementaux, la PMI et la santé scolaire au moins pour le cycle primaire (*cf. supra*). Les conventions de délégation entre collectivités de catégories différentes peuvent porter sur tout ou partie de la compétence concernée ; il resterait donc licite de leur affecter un périmètre partiel, mais la solution optimale éviterait de disjoindre les compétences relevant anciennement de l'une et de l'autre.

3.2.2.3 L'hypothèse d'une décentralisation ouverte à plusieurs types de collectivités

[336] L'hypothèse d'une décentralisation dans un cadre variable, ouvert à plusieurs types de collectivités, s'écarte quelque peu de l'orientation posée par la loi 3DS et de la lettre de commande de la présente mission, il peut être cependant utile de l'évoquer rapidement.

[337] Sous réserve d'un examen juridique plus précis des scénarii correspondants²⁵², elle pourrait être déclinée dans un cadre obligatoire, sur la base par exemple d'une décentralisation aux conseils départementaux et aux communes relevant de critères à déterminer, ou sur la base du volontariat.

[338] Ce second scénario impliquerait de définir un ordre de priorité en cas de demandes concernant un même territoire. Il présente des inconvénients majeurs.

[339] Le premier d'entre eux est la juxtaposition d'une compétence restant centralisée de santé scolaire, pour une partie du territoire, et la compétence des collectivités nouvellement investies. Ce cas de figure contraint l'éducation nationale à maintenir - en principe en tous cas, puisque certains des moyens ne sont pas présents sur l'ensemble du territoire - les moyens de mise en œuvre et d'encadrement de la politique de santé scolaire, tandis que dans des secteurs géographiques éventuellement larges, ce serait devenu sans objet. Cette orientation reviendrait à dupliquer une partie notable des coûts²⁵³.

[340] Au surplus, elle rendrait plus difficile encore, pour l'éducation nationale, la conduite d'une réforme pertinente pour une politique plus effective de santé scolaire. Piloter une reconfiguration des missions et de leur cadre d'exercice pour un territoire aux contours indéterminés ne va pas de soi. La lourdeur correspondante serait en tout état de cause, elle aussi, une source de coûts supplémentaires.

²⁵² Afin notamment d'expertiser la licéité et les incidences du transfert concomitant d'une même compétence à différentes catégories de collectivités, dans un cadre obligatoire.

²⁵³ Ces inconvénients ne sont pas parallèles dans le cas d'un département investi de la compétence de santé scolaire et convenant avec telle ou telle commune d'une délégation. Dans ce cas en effet, les deux parties sont juges de l'opportunité de cette délégation. L'éducation nationale au contraire dépendrait, pour la détermination du territoire dont elle resterait responsable, du choix unilatéral des collectivités volontaires.

[341] Le volontariat de départements et de communes risque enfin de laisser en totale déshérence les fractions interstitielles du territoire. Ces inconvénients perdureront pendant un temps d'autant plus long que la complexité du processus de choix en allongerait la durée.

Recommandation n°12 Pour une décentralisation cohérente, et pour préserver l'acquis de l'exercice actuel de la compétence de santé scolaire par des communes délégataires de l'État, privilégier le choix d'un transfert homogène aux conseils départementaux, ouvrant la possibilité de délégations aux communes volontaires. Favoriser si utile ces délégations, particulièrement celles qui concerneraient de façon mutualisée les compétences relevant anciennement de la santé scolaire et de la PMI, par des mesures inhérentes ou connexes à la loi de décentralisation idoine.

3.3 Les conditions d'une décentralisation aux conseils départementaux

3.3.1 La nécessité d'un financement approprié

[342] La condition première pour une décentralisation aux conseils départementaux des missions de santé scolaire²⁵⁴ est un financement suffisant pour assumer cette politique publique. Qu'ils aient ou non manifesté un intérêt pour le principe d'une telle décentralisation, tous les présidents de conseils départementaux rencontrés l'ont souligné²⁵⁵. Ce propos ne relève pas du truisme, si l'on se réfère aux difficultés de financement analysées par la Cour des comptes ou au sous-financement structurel de la PMI pointé par le rapport Peyron²⁵⁶.

[343] S'agissant de la politique de santé scolaire, le calcul du niveau adéquat de financement d'un transfert pose un problème spécifique.

²⁵⁴ Dans le sens entendu *supra*, donc hors la dimension majeure des déterminants de santé, déjà confiée pour l'essentiel aux territoriales.

²⁵⁵ A titre d'exemple, la contribution adressée par le président du conseil départemental de Gironde précise ainsi les garanties que le Département attendrait d'un tel transfert :

- Une évaluation des charges RH et financières établie à partir du besoin théorique d'ETP et de moyens financiers pour atteindre tous les objectifs fixés par les textes réglementaires et non pas établie à partir d'une photographie des effectifs présents au moment du transfert ;
- Les agents de l'Education nationale et les agents territoriaux n'étant pas sur les mêmes grilles indiciaires et ne percevant pas les mêmes montants de RIFSEEP, l'évaluation de la masse salariale à transférer devra prendre en compte les montants de rémunération qui seront appliqués aux agents transférés (grilles indiciaires de la FPT et RIFSEEP départemental), afin que l'alignement de leur rémunération avec celle des professionnels déjà en poste au Département soit compensée par l'Etat ;
- Une réévaluation des moyens en fonction de l'évolution de la charge de travail (l'évolution démographique positive en Gironde conduit à voir chaque année de plus en plus d'élèves, ce qui nécessite des ETP supplémentaires par exemple) ou des évolutions réglementaires. (Conseil départemental de la Gironde, contribution du 9 mars 2023 pour la mission).

²⁵⁶ « Le financement de la PMI tel qu'issu de la décentralisation est mortifère pour la prévention car il oblige les départements à arbitrer, au sein d'enveloppes fermées, en faveur des allocations individuelles de solidarité et au détriment de la PMI. » (Rapport cité).

3.3.1.1 Une compensation des transferts de compétences basée sur les dépenses engagées

[344] La compensation des transferts de compétences obéit principalement au principe de la neutralité budgétaire : « *Tout transfert de compétences entre l'État et les collectivités territoriales s'accompagne de l'attribution de ressources équivalentes à celles qui étaient consacrées à leur exercice.* »²⁵⁷ Les ressources transférées doivent donc être équivalentes aux dépenses effectuées par l'État au titre des compétences transférées. Toutes les dépenses, directes et indirectes, liées à l'exercice des compétences transférées doivent être prises en compte. Chaque dépense fait l'objet d'une évaluation sur une période prévue par la loi, en fonction du type de dépense : une période maximale de trois ans pour les dépenses de fonctionnement, une période minimale de cinq ans pour les dépenses d'investissement, sur la base constatée à la veille du transfert de la compétence selon les principes établis en commission consultative sur l'évaluation des charges (CCEC).

[345] S'agissant de la santé scolaire, les dépenses concernées sont des charges de fonctionnement et d'investissement aujourd'hui assez limitées²⁵⁸, et pour l'essentiel des charges de personnel. Les modalités de la compensation sont communément régies par les articles 80 et suivants de la loi MAPTAM précitée, l'article 151 de la loi 3DS y faisant référence²⁵⁹. La procédure prévoit en premier lieu la définition des effectifs de référence, soit les emplois pourvus au 31 décembre de l'année précédant l'année du transfert de compétence, en les assortissant d'une clause dite de sauvegarde égale aux effectifs constatés au 31 décembre de l'année n-2. Un décret en Conseil d'État doit préciser les conditions d'intégration, de détachement et de mise à disposition de fonctionnaires de l'État aux collectivités territoriales concernées. Ce texte doit également fixer les modalités et une date pour le transfert définitif de ces services.

3.3.1.2 Le transfert de compétences très partiellement mises en œuvre

[346] La difficulté majeure en l'occurrence est que la politique de santé scolaire est, comme documenté, très partiellement mise en œuvre par l'État. C'est le cas globalement, étant donné l'écart qui sépare les effectifs disponibles des effectifs nécessaires à une réalisation même minimale des missions énoncées ; c'est plus encore le cas dans les départements spécialement démunis en termes d'effectifs, notamment médicaux.

[347] La référence à l'année antérieure et plus globalement la méthode dite du coût historique ne sont pas opérationnelles dans ce contexte. Cette difficulté a été soulevée dans les échanges préparatoires à d'autres mesures de décentralisation, mais est ici singulière par son ampleur. Un transfert financé sur une telle base ne pourrait qu'aboutir à une réalisation elle-même très

²⁵⁷ Art. 72.2 de la Constitution.

²⁵⁸ Pour mémoire, le financement des centres médico-scolaires (locaux, charges de fonctionnement courant) est aujourd'hui à la charge des communes.

²⁵⁹ Indications DGCL.

partielle des missions considérées, sauf à renvoyer l'accomplissement de ces missions à un surfinancement très conséquent des collectivités délégataires²⁶⁰.

[348] Seules les collectivités disposant des ressources les plus élevées seraient alors à même d'y procéder. Ce fonctionnement n'accroîtrait pas les inégalités territoriales en matière de politique de santé scolaire, d'ores et déjà extrêmes (cf. *supra*); mais il ne pourrait les réduire que partiellement, au bénéfice des synergies créées par la réorganisation institutionnelle à la condition que les départements les plus délaissés par les interventions de santé scolaire ne soient pas, aussi, ceux qui disposent des moyens les moins élevés pour assumer la protection maternelle et infantile.

[349] L'article L1614-1 du CGCT²⁶¹ comporte, s'agissant de la compensation des transferts de compétence, la notion de « ressources nécessaires à l'exercice normal de ces compétences ». Il définit cependant cet exercice « normal des compétences » par référence aux dépenses correspondantes effectuées par l'État à la date du transfert.

3.3.1.3 La balance éventuelle, pour une partie du socle revisité de missions, entre transfert et création ou extension de compétences, et autres orientations à expertiser

[350] Considérant qu'une refonte des missions aujourd'hui énoncées de santé scolaire s'impose avec ou sans décentralisation, sauf à maintenir durablement un degré élevé de non-réalisation, la mission s'est interrogée sur une problématique éventuelle de création ou extension de compétences, en lieu place ou en complément d'un transfert, pour une partie du socle revisité de missions.

[351] L'obligation qui incombe à l'État en cas de création ou d'extension de compétence n'est pas de même nature que s'agissant des transferts. L'article 72-2 de la Constitution dispose en effet que « toute création ou extension de compétence ayant pour conséquence d'augmenter les dépenses des collectivités territoriales est accompagné de ressources déterminées par la loi ».

[352] Il résulte de cette disposition l'absence d'une obligation de compensation intégrale des charges issues de l'exercice d'une compétence créée ou étendue. Cependant le législateur dispose d'un pouvoir d'appréciation sur le montant des financements attribués alors aux collectivités territoriales, sous réserve de ne pas dénaturer le principe de leur libre

²⁶⁰ La mission n'a pas vérifié avec la DGCL les modalités territorialisées de calcul des financements compensatoires, en l'occurrence le calcul globalisé nationalement, ou au contraire individualisé, par hypothèse, département par département des effectifs pris en compte. Le second cas de figure reviendrait, s'agissant des médecins, à n'affecter aux départements dépourvus d'effectifs en poste aucun financement correspondant.

²⁶¹ « Tout accroissement net de charges résultant des transferts de compétences effectués entre l'État et les collectivités territoriales est accompagné du transfert concomitant par l'État aux collectivités territoriales ou à leurs groupements des ressources nécessaires à l'exercice normal de ces compétences. Ces ressources sont équivalentes aux dépenses effectuées, à la date du transfert, par l'État au titre des compétences transférées et évoluent chaque année, dès la première année, comme la dotation globale de fonctionnement. Elles assurent la compensation intégrale des charges transférées ».

administration²⁶² ; ce pouvoir d'appréciation renvoie notamment à la priorisation politique des compétences considérées. L'accompagnement financier des collectivités territoriales attributaires de l'extension ou de la création d'une compétence est conditionné au caractère obligatoire de cette compétence²⁶³.

[353] Une création de compétence est la création d'une compétence nouvelle, dépourvue de tout lien avec une compétence déjà exercée par un niveau de collectivités territoriales²⁶⁴ ; une extension de compétence est une mission nouvelle, rattachable à une compétence déjà assumée par une collectivité territoriale, qui se concrétise soit par l'élargissement de la compétence à une nouvelle catégorie de personnes, soit par l'attribution d'une mission nouvelle non assimilable assimilée à un aménagement de la compétence déjà exercée. Il n'y a notamment pas extension de compétence au sens de l'article 72-2 de la Constitution si le projet de loi concerné ne fait qu'aménager les modalités d'exercice d'une compétence, sans en modifier le périmètre, y compris lorsqu'il renforce, au sein de ladite compétence, les obligations mises à la charge de la collectivité.

[354] Globalement, le cadre financier relatif aux créations ou extensions de compétences est moins favorable dans le principe que le cadre constitutionnel qui préside aux transferts et impose, dans l'acception exposée, leur compensation intégrale. Par contre il recèle des marges d'appréciation semble-t-il très supérieures. Il serait donc utile d'expertiser, lors de la refonte du cadre des missions ou à son terme, dans quelle mesure telle ou telle compétence maintenue, modifiée ou nouvellement instaurée relevant de la santé scolaire et attribuée aux conseils départementaux²⁶⁵ constitue ou non une création ou extension de compétences.

[355] C'est une voie à ne pas négliger étant donnée la difficulté particulière que représente en l'espèce la méthode dite du coût historique ; il conviendra cependant de l'explorer très précisément dans le contexte de jurisprudences pouvant paraître restrictives en termes de création ou d'extension de compétences²⁶⁶.

²⁶² Décisions du Conseil constitutionnel n° 2004-509 DC du 13 janvier 2005 et n°2011-144 QPC relative à la prestation de compensation du handicap.

²⁶³ Art. L1614-1-1 CGCT.

²⁶⁴ Décision CC n° 2008-569 du 7 août 2008.

²⁶⁵ Ou, dans d'autres options, à toute collectivité attributaire de cette compétence.

²⁶⁶ Cf. par exemple les décisions 2010-56 QPC du 18 octobre 2010 relative à la mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) et 2010-109 QPC du 25 mars 2011 relative au fonds national de protection de l'enfance (FNPE), d'où il ressort que toute réforme législative intervenant dans le champ d'une compétence décentralisée et générant des charges nouvelles n'ouvre pas nécessairement droit à compensation financière ; il a été considéré dans ce cas que le législateur, par les lois du 5 mars 2007 relatives à la protection juridique des majeurs et réformant la protection de l'enfance, n'avait pas créé de nouvelles prestations sociales à la charge des départements, ni élargi le champ de leurs bénéficiaires, mais s'était contenté d'aménager/modifier respectivement les conditions d'exercice de la compétence d'aide sociale de droit commun des départements et des missions des services de protection maternelle et infantile et d'aide sociale à l'enfance exercées par les départements depuis les lois du 22 juillet 1983 et du 6 janvier 1986. Le Conseil constitutionnel a considéré dès lors que les dispositions contestées n'ont procédé « *ni à un transfert aux départements d'une compétence qui relevait de l'État, ni à une création ou extension de compétences* ». Pour autant, une extension du champ des bénéficiaires d'une prestation ou d'ouverture d'un dispositif à une nouvelle catégorie de personnes a été considérée par le Conseil constitutionnel comme l'indice certain d'une extension de compétence (décision n°2004-509 DC du 13 janvier 2005 sur la loi de programmation pour la cohésion sociale, s'agissant de la réforme de l'apprentissage).

[356] Ces voies de financement ne sont peut-être pas exclusives. Par exemple, pour conforter le financement de la réforme de la protection de l'enfance par la loi 2007-293 du 5 mars 2007, cette loi avait aussi instauré le fonds national de la protection de l'enfance (FNPE²⁶⁷) doté d'une double mission : compenser aux départements la charge résultant de la mise en œuvre de la loi ; financer des actions innovantes en faveur de la protection de l'enfance.

3.3.2 Les conditions relatives aux personnels concernés

[357] La DGCL a rappelé que tout transfert de compétence de l'État aux collectivités territoriales entraîne en principe le transfert des services et parties de service qui participent à leur exercice, dans les conditions prévues par les articles 80 et suivants de la loi MAPTAM²⁶⁸. Ce transfert de services s'effectue en trois étapes.

[358] A la date du transfert de compétence, débute une période dite transitoire pendant laquelle l'exécutif de la collectivité bénéficiaire du transfert donne ses instructions aux chefs des services de l'État concernés ; dans un délai de trois mois à compter de la publication du décret approuvant une convention type et après consultation des comités sociaux compétents, une ou plusieurs conventions, conclues entre le représentant de l'État et l'exécutif territorial concerné constatent la liste des services ou parties de service qui sont, pour l'exercice des compétences transférées, mis à disposition à titre gratuit de la collectivité bénéficiaire du transfert de compétences. Les agents publics affectés dans ces services sont mis à disposition de plein droit, à titre individuel et à titre gratuit, de l'autorité territoriale concernée ; enfin, dans le délai de deux ans à compter de la date de publication des décrets en Conseil d'État fixant les transferts définitifs des services, les fonctionnaires de l'État exerçant leurs fonctions dans un service ou une partie de service transféré à une collectivité peuvent opter soit pour le statut de fonctionnaire territorial, soit pour le maintien du statut de fonctionnaire de l'État. Dans ce dernier cas, ils sont détachés sans limitation de durée dans la collectivité concernée. À la date d'entrée en vigueur des décrets en Conseil d'État fixant les transferts définitifs des services ou parties de service auxquels ils sont affectés, les agents contractuels de l'État deviennent agents contractuels de la fonction publique territoriale. En cas de transfert d'une compétence à titre expérimental, pendant une durée limitée, il n'est par contre pas possible d'appliquer ces dispositions de la loi MAPTAM.

[359] Au-delà ou en deçà de la procédure technique présidant à un transfert, et même si l'on peut rappeler que celle-ci comporte en toute hypothèse la possibilité du maintien du statut de fonctionnaire de l'État, il importe de considérer les préoccupations des personnels concernés.

[360] Les préoccupations exprimées par les médecins de l'éducation nationale rencontrés, et leurs organisations représentatives, ont concerné prioritairement l'organisation de leur travail, les conditions de mise en œuvre de leurs missions premières et d'une structuration autour de services de santé, la revalorisation de leur statut, avant le portage institutionnel de la santé scolaire.

[361] Les infirmiers rencontrés, et leurs organisations représentatives, ont exprimé à l'égard d'une éventuelle décentralisation des craintes diverses, axées notamment sur une conception de la

²⁶⁷ Sur le devenir de ce fonds quelques années après sa création, voir notamment le rapport : « *Protection de l'enfance : améliorer le dispositif dans l'intérêt de l'enfant* », Sénat, rapport d'information n° 655 (2013-2014), 25 juin 2014.

²⁶⁸ Cf. par exemple l'article 151 de la loi 3DS.

santé scolaire à l'école pendant le temps scolaire et, corrélativement, sur une crainte que la décentralisation ne représente une externalisation mettant fin à un lien privilégié avec l'école. Cette appréhension repose sur une assimilation entre collectivité de rattachement, statut (fonction publique de l'État ou fonction publique territoriale) et lieu d'exercice de l'activité professionnelle. Une partie des interlocuteurs rencontrés redoute de plus un risque de mise en cause de leur expertise et de réaffectations sur des missions autres que la santé scolaire. Enfin, des craintes ont été exprimées de voir mise en cause une organisation du travail calée sur l'année scolaire.

[362] S'agissant des médecins, les possibilités de réaffectation sont très limitées ; les postes de médecins sont peu nombreux au sein des conseils départementaux et ils concernent principalement la PMI. Les départements ne gèrent généralement pas les EPHAD en régie, et la crainte parfois exprimée d'un repositionnement des médecins de santé scolaire vers l'accompagnement des personnes âgées apparaît largement illusoire ; tout au plus quelques médecins assurent-ils aujourd'hui l'évaluation médico-sociale de la dépendance. S'agissant des infirmiers, la polyvalence est plus forte au sein des conseils départementaux, dont certains responsables mentionnent l'intérêt de constituer des équipes mobiles permettant de mieux faire face aux absences. Les infirmiers de PMI rencontrés ne font cependant pas état de sollicitations de polyvalence qui les éloigneraient des fonctions qu'ils ont choisi d'exercer. L'organisation du temps de travail quant à elle a d'ores et déjà été adaptée par un certain nombre de collectivités, comme la ville de Rennes, par la mise en place d'un temps de travail annualisé. Dans ce cadre, les personnels infirmiers qui le souhaitent peuvent s'absenter pendant les congés scolaires mais n'y sont pas contraints, ce qui permet à ceux qui préfèrent s'organiser ainsi de poursuivre leur activité, notamment en lien avec les centres médico-scolaires ; une telle organisation donne à chaque agent la possibilité d'arbitrer entre différentes options.

[363] Une préoccupation commune à l'ensemble des personnels est quoi qu'il en soit la réalité, l'efficacité et la pérennité d'une politique de santé scolaire. La mission estime que leurs organisations représentatives devraient être pleinement associées à l'étape cruciale de refonte des missions, nécessaire en préparation d'une décentralisation comme en l'absence de ce choix.

[364] Sans présumer des évolutions, il est intéressant par ailleurs de rappeler les circonstances, antérieures et postérieures à la décentralisation, des missions exercées par les personnels TOS des collèges et lycées. Le rapport précité de l'Observatoire de la décentralisation souligne les fortes craintes exprimées par les personnels avant cette évolution. Sa mise en œuvre a documenté la possibilité d'être à la fois agent territorial et affecté dans un établissement scolaire sous l'autorité, en l'occurrence, du principal ou du proviseur²⁶⁹. Le bilan des acquis apportés aux agents devenus très majoritairement territoriaux par ce transfert est intéressant aujourd'hui²⁷⁰.

²⁶⁹ La loi « 3DS » a en outre clarifié les conditions d'exercice de la double autorité hiérarchique et fonctionnelle.

²⁷⁰ Un communiqué du ministère de l'éducation nationale le 10 octobre 2006 a indiqué que les choix de statut exercés par les agents ont été majoritairement précoces, 45 000 d'entre eux ayant déjà opté au 31 août 2006 ; parmi eux, 74 % avaient demandé une intégration dans les corps de la fonction publique territoriale et 26 % un détachement sans limitation de durée.

3.3.3 Pour la préparation d'une décentralisation, la pertinence d'une co-construction

3.3.3.1 L'incidence d'une décentralisation de la santé scolaire sur les compétences actuelles des conseils départementaux

[365] Si la voie d'une décentralisation de la politique de santé scolaire est retenue, elle devrait avoir des incidences notables sur les conditions de mise en œuvre de la protection maternelle et infantile. La recherche de mutualisations et synergies serait en effet le fondement essentiel d'une telle évolution. Une simple juxtaposition, sous l'égide des conseils départementaux, des missions, équipes, structures d'accueil conduirait certes à une efficacité accrue par la suppression des difficultés de transmission du suivi PMI à la santé scolaire, mais son apport resterait très en deçà des possibilités.

[366] La voie de la décentralisation amplifie à cet égard la pertinence d'une co-construction, qui caractérise déjà, hors décentralisation, la recommandation du maintien dans les premières années d'un seul bilan de santé universel et d'organisation des moyens de sa réalisation effective sur l'ensemble du territoire.

[367] La co-construction de la décentralisation devrait associer aussi les villes délégataires, au titre de leur expérience de mise en œuvre de cette politique publique et pour leur permettre de faire valoir le cas échéant leurs propres orientations.

[368] Du côté de l'État, la préparation d'une décentralisation concerne en premier lieu les ministères en charge de l'éducation nationale et de la jeunesse, de la santé et de la prévention, au titre de leurs responsabilités respectives, le ministère de l'intérieur et des outre-mer au titre des missions de la direction générale des collectivités locales, chargée notamment d'élaborer les dispositions concernant les collectivités territoriales, de répartir les concours financiers de l'État entre ces collectivités, de mettre en place les statuts des acteurs locaux. Le ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion devrait être associé, ainsi que les ministères responsables de filières ou établissements d'enseignement.

3.3.3.2 La place de l'expérimentation dans la co-construction

[369] La préparation d'une décentralisation de la santé scolaire est complexe, s'agissant d'une politique publique dont les contours à venir doivent être redéfinis. Les conseils départementaux, collectivité la plus directement concernée, en refusent pour certains la perspective au regard de l'écart séparant aujourd'hui les moyens des missions, faisant état de l'impossibilité pour les finances départementales d'assumer le différentiel. A la condition d'une redéfinition réaliste, plusieurs des présidents des conseils départementaux rencontrés ont cependant souligné la cohérence d'une telle mesure et son intérêt pour leur collectivité²⁷¹. Plusieurs seraient intéressés

²⁷¹ L'Assemblée des départements de France (ADF) a quant à elle exprimé à plusieurs reprises une position publique favorable à la prise en charge de la santé scolaire. En 2021, elle a formulé lors de ses assises cent deux propositions parmi lesquelles celle de « confier aux Départements un grand service de prévention et de santé de la maternelle jusqu'à 18 ans en fusionnant PMI et santé scolaire » (https://www.departements.fr/wp-content/uploads/2022/01/102_Propositions-2.pdf). Cette position a été confirmée à l'occasion des assises

pour expérimenter une décentralisation, le cas échéant pour une partie des niveaux de scolarisation. Le conseil départemental de la Gironde a ainsi voté le 27 juin 2022 une motion par laquelle il émet le souhait de devenir expérimentateur de la décentralisation de la santé scolaire au collège. Par un courrier adressé à la mission le 9 mars 2023, il a explicité points de vigilance et conditions d'une décentralisation réussie :

Points de vigilance et conditions d'une décentralisation réussie, pour le président du conseil départemental de la Gironde :

- Une approche plus orientée vers la prévention et la santé globale de l'enfant allant au-delà d'une adaptation de la scolarité aux situations de vulnérabilité ;
- Une évaluation des ressources humaines et financières établies à partir des besoins théoriques en ETP prenant en compte l'hétérogénéité des régimes indemnitaires ;
- Une réévaluation en fonction de la charge de travail et des évolutions réglementaires ;
- Des modalités de gouvernance nouvelles entre l'éducation nationale et le département

Source : *Contribution pour la mission interministérielle, 9 mars 2023*

[370] La préparation d'une décentralisation de la santé scolaire disposerait de l'appui précieux d'expérimentations d'ores et déjà engagées.

[371] C'est notamment le cas s'agissant du lien entre action sociale et action sanitaire, dont de nombreux interlocuteurs ont souligné la nécessité²⁷² et qu'il serait cohérent de rechercher dans les services territoriaux d'action sociale des départements. Sur certains territoires, des rapprochements entre services de l'État et services départementaux ont été initiés. Par exemple dans la Drôme, le conseil départemental a expérimenté sur le territoire « Porte de la Drôme Ardèche » l'accueil sur un site unique des personnels du CCAS, du centre médico-social et de la maison de santé. Cette implantation sur un même lieu des différents professionnels permet de rapprocher le médical du social et d'articuler pour partie prévention et soins. En Seine-et-Marne, un protocole Education nationale / Conseil départemental permet d'orienter les jeunes ayant besoin d'un accompagnement social vers les maisons des solidarités du département. Ces initiatives et d'autres pourraient contribuer à une préfiguration.

d'octobre 2022, qui ont défini un programme de travail commun entre l'État et l'ADF (<https://www.departements.fr/wp-content/uploads/2022/10/221014-Un-programme-de-travail-engage-en-commun.pdf>). Le communiqué de presse commun précise que « les thèmes de l'agenda de travail en commun ont été définis en cohérence avec l'expertise et les domaines d'intervention des Départements : le recrutement et la fidélisation des métiers de la santé et du social, la protection de l'enfance, l'accès à la santé, le bien-vieillir, le handicap, la lutte contre la pauvreté, France travail et la Sécurité civile ». En dernier lieu, dans sa réponse au rapport public 2023 de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes sur la décentralisation, le président de l'ADF a déclaré : « Les carences de la médecine scolaire sont criantes comme l'a rappelé la Cour en 2020 et le département est la bonne maille pour tenir le rôle de pilote dans ce domaine majeur de la prévention (la France compte 900 médecins pour 12 millions d'élèves). DF soutient la proposition de la Cour d'une relance progressive et organisée de la décentralisation ».

²⁷² Pour mémoire, les assistants de service social de l'État ne sont plus aujourd'hui présents dans le premier degré de l'éducation nationale sauf en territoires d'éducation prioritaire.

[372] La délégation de la compétence de santé scolaire aux villes, dans des modalités multiples²⁷³, fournit l'apport de véritables laboratoires. C'est particulièrement le cas de la ville de Paris, qui, collectivité unique à statut particulier, cumule les compétences de la commune et du département de Paris auxquels elle s'est substituée²⁷⁴ et assume par délégation la compétence de santé scolaire. La ville de Rennes, délégataire du conseil départemental pour la PMI, a souligné l'utilité qu'il y aurait à ce qu'elle puisse intervenir aussi en école primaire, et pourrait préciser encore les apports d'une telle organisation. Les actions des villes délégataires de l'État quant à elles vont bien souvent au-delà du bilan médical obligatoire de la 6ème année et couvrent parfois tout le champ du premier degré avec des visites médicales, ou bilans infirmiers, systématiques ou à la demande à plusieurs âges de l'élève.

[373] Si des expérimentations complémentaires étaient souhaitées, le cadre de l'expérimentation législative locale²⁷⁵, simplifié par la loi organique 2021-467 du 19 avril 2021, pourrait en principe être utilisé. Même si de telles expérimentations peuvent désormais déboucher à leur terme sur une extension à des collectivités territoriales non initialement expérimentatrices²⁷⁶, il s'agit d'une voie particulièrement complexe et longue ; elle ne pourrait éliminer les inconvénients soulignés *supra*, liés à un portage durable à la fois par l'éducation nationale et par une partie des collectivités ; enfin, elle ne proposerait pas en elle-même de solution au financement adapté à mettre en place. Une gestion décentralisée de la politique de santé scolaire a été durablement expérimentée par des délégations s'apparentant par certains aspects à des transferts. Leur apport devrait être pleinement exploité lors de la phase de nécessaire refonte des missions. Les enjeux appellent à ne pas différer au-delà la conduite du changement, dans une voie ou dans l'autre de pilotage de cette politique publique.

3.3.3.3 Le choix de la chronologie d'une décentralisation

[374] L'analyse menée souligne la nécessité d'une refonte du socle de missions en préalable à une décentralisation, comme au demeurant hors la voie d'une décentralisation. Cette étape représente un travail conséquent, difficile à réaliser en moins de dix-huit mois. Il devra lui-même s'appuyer sur les expertises complémentaires mentionnées, que la mission préconise de diligenter aussi rapidement que possible après la remise du présent rapport.

[375] Pour la détermination du calendrier global de la réforme, les éléments essentiels sont, à l'analyse de la mission, la solidité coconstruite d'une organisation nouvelle de la politique de santé scolaire, le coût le cas échéant d'un portage concomitant, s'il était durable, d'une même compétence par le ministère de l'éducation nationale et une partie des collectivités territoriales, et l'acuité des enjeux sanitaires et sociétaux exposés.

Béatrice BUGUET-DEGLETAGNE

Stéphane ELSHOUD

Frédéric THOMAS

²⁷³ Cf. annexe 16 du rapport 2020 de la Cour des comptes et annexe 8 du présent rapport.

²⁷⁴ Loi 2017-257 du 28 février 2017 relative au statut de Paris.

²⁷⁵ Art. LO1113-1 CGCT

²⁷⁶ Art. LO1113-6 CGCT

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES

Prénom	Nom	Institution / Instances et fonctions
ADMINISTRATIONS CENTRALES		
MINISTERE DE L'INTERIEUR ET DES OUTRE-MER		
Cabinet		
François	de Charrette de la Contrie	Conseiller institutions et fonction publique territoriale
Direction générale des collectivités territoriales		
Stanislas	Bourron	Directeur général
Stéphane	Brunot	Adjoint au directeur général
Gabriel	Szeftel	Adjoint au chef du bureau du financement des transferts de compétences
Hélène	Martin	Adjointe à la sous-directrice des compétences et des institutions locales
MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE		
Cabinet		
Jean-Marc	Huart	Directeur de cabinet
Bérénice	Dély	Conseillère ressources humaines, sport, santé scolaire et enfance
Nicolas	Kanhonou	Conseiller école inclusive, égalité entre les femmes et les hommes et lutte contre les discriminations
Direction générale de l'enseignement scolaire		
Edouard	Geffray	Directeur général
Jean	Hubac	Chef du service de l'accompagnement des politiques éducatives
Christophe	Géhin	Chef du service du budget et des politiques éducatives territoriales
Valérie	Rainaud	Sous-directrice de la gestion des programmes budgétaires
Marc	Pelletier	Sous-directeur de l'action éducative
Benoit	Rogeon	Chef de bureau de la santé et de l'action sociale
Brigitte	Moltrecht	Médecin conseillère auprès du directeur général
Bérénice	Hartmann	Directrice de cabinet du directeur général
Marie	Kuenemann	Interne auprès de la médecin conseillère technique
Direction générale des ressources humaines		
David	Herlicoviez	Chef du service des personnels ingénieurs, administratifs, techniques, pédagogiques, sociaux, de santé et des bibliothèques, adjoint au DGRH

RAPPORT IGAS N°2022-074R / IGESR N°22-23 034A

Vincent	Goudet	Sous-directeur de la gestion des carrières des personnels bibliothécaires, ingénieurs, administratifs, techniciens, personnels sociaux et de santé
Alexandre	Cros	Chef du bureau des personnels administratifs sociaux et de santé
Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche		
Eric	Fardet	Inspecteur général
Marie-Cécile	Laguet	Inspectrice générale
Fabienne	Thibau-Lévêque	Inspectrice générale
<i>Avec le concours de :</i>		
Maité	Deroubaix	Responsable du centre de documentation
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA PREVENTION		
Cabinet		
Carole	Bousquet-Bérard	Directrice de cabinet
Guillaume	Du Chaffaut	Directeur adjoint bretagne de cabinet
Cabinet, ministre déléguée auprès du ministre de la santé et de la prévention, chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé		
Isabelle	Epaillard	Directrice de cabinet
Christèle	Gautier	Conseillère en charge des questions de santé publique
Angèle	Malâtre-Lansac	Conseillère technique en charge de la prospective et de l'innovation territoriale
Direction générale de la santé		
Zinna	Bessa	Sous-directrice santé des populations et prévention des maladies chroniques
Caroline	Bussière	Cheffe du bureau de la santé des populations et politique vaccinale
Direction générale de l'offre de soins		
Cécile	Lambert	Cheffe de service, adjointe de la directrice générale
Philippe	Charpentier	Sous-directeur des ressources humaines du système de santé
Marc	Reynier	Sous-directeur adjoint des ressources humaines du système de santé
Inspection générale des affaires sociales		
Anne-Carole	Bensadon	Inspectrice générale, médecin
Laurent	Gratieux	Inspecteur général
<i>Avec le concours de :</i>		
Marie-Anne	Garrouy	Documentaliste

Ecole des hautes études en santé publique		
Emmanuelle	Godeau	Enseignante chercheuse, responsable de la filière de formation des médecins de l'éducation nationale, directrice adjointe du département des sciences humaines et sociales
MINISTERE DE LA TRANSFORMATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUES		
Direction générale de l'administration et de la fonction publique		
Marie-Hélène	Perrin	Sous-directrice de la politique salariale et des parcours de carrière
Laure	Coudurier	Service des politiques sociales, salariales et des carrières, sous-direction de la politique salariale et des parcours de carrière, département de la synthèse et de la prospective salariales
MINISTERE DU TRAVAIL, DU PLEIN EMPLOI ET DE L'INSERTION		
Direction générale du travail		
Anne	Audic	Adjointe à la sous-directrice des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail
Vincent	Jiménez	Chef du bureau des acteurs et des politiques de la prévention
Sarah	Feutry	Chargée de mission au bureau des acteurs et des politiques de la prévention
MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE ET DE LA SOUVERAINETE ALIMENTAIRE		
Andréas	Seiler	Sous-directeur chargé des politiques de formation et d'éducation
Franck	Feuillatre	Chef du bureau de l'action éducative et de la vie scolaire
Cédric	Montesinos	Sous-directeur des établissements, des dotations et des compétences de l'enseignement technique
Angélique	Pluta	Sous-direction des établissements, des dotations et des compétences
AUTORITES ADMINISTRATIVES INDEPENDANTES, CONSEIL, OBSERVATOIRES, ETABLISSEMENTS PUBLICS, ORGANISMES NATIONAUX		
DEFENSEUR DES DROITS		
Eric	Deleamar	Défenseur des enfants, adjoint au défenseur des droits
Céline	Girardot	Chargée de mission promotion de l'égalité
FEDERATION NATIONALE DES OBSERVATOIRES REGIONAUX DE SANTE		
Bernard	Ledésert	Président
Lise	Trottet	Animatrice du réseau et chargée de mission
Julien	Giraud	Secrétaire, directeur de l'ORS de la Nouvelle-Aquitaine
CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE		
Bénédicte	Autier	Directrice, Direction de l'accès aux droits et des parcours

RAPPORT IGAS N°2022-074R / IGESR N°22-23 034A

Anne	Marsault	Médecin conseillère technique
ASSOCIATION NATIONALE DES DIRECTEURS D'ACTION SOCIALE ET DE SANTE		
Anne	Troadec	Présidente, directrice générale adjointe en charge du pôle social, département de la Savoie
Nathalie	Audouard	Directrice enfance famille, département des Pyrénées Orientales
Eve	Robert	Adjointe au directeur général adjoint en charge du pôle solidarité, département de Seine-Saint-Denis
Emmanuel	Gagneux	Directeur général adjoint en charge de la solidarité et de la santé publique, département des Vosges
INTERCOMMUNALITES DE FRANCE		
Marie	Morvan	Conseillère cohésion sociale
ASSOCIATION NATIONALE DES DIRECTEURS ET DES CADRES DE L'EDUCATION DES VILLES ET DES COLLECTIVITES TERRITORIALES		
Rozenn	Merrien	Présidente, directrice générale adjointe ville éducative, Noisy-le-Sec
Laurent	Carn	Adjoint à la directrice du service éducation, département des Deux-Sèvres
Sandrine	Morent	Directrice du service éducation, département de la Loire
Blandine	Marcourt	Adjointe à la direction de l'éducation, ville de Lyon
FRANCE URBAINE		
Olivier	Landel	Délégué général
Jean	Deysson	Conseiller en charge de la cohésion des territoires, de la réforme territoriale, de la santé, des solidarités et de l'Europe
Marion	Tanniou	Conseillère solidarités et cohésion sociale
RESEAU FRANÇAIS DES VILLES-SANTE OMS		
Maude	Luherne	Directrice
Julie	Boussard	Chargée de mission
Patrick	Pasquier	Directeur prévention et promotion de la santé, ville de Bordeaux
Marie	Decroix	Cheffe du service de la santé scolaire, ville de Bordeaux
Sylvie	Kammerer	Directrice adjointe en charge de la prévention et de la promotion de la santé
Sophie	Gardenat	Médecin conseillère médical, ville de Lyon
Sonia	Bernard	Directrice Maison des Habitants, ville de Grenoble
Marie	Boishu	Responsable du service santé de l'enfance, ville de Rennes
Isabelle	Faraut	Responsable du service santé scolaire, ville d'Antibes

CENTRE NATIONAL DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE / INSTITUT NATIONAL SPECIALISE D'ETUDES TERRITORIALES D'ANGERS (INSET)		
Marion	Leroux	Directrice
Nathalie	Robichon	Responsable du service santé publique
VILLE DE PARIS		
Eve	Plenel	Directrice de la santé publique
Mathilde	Marmier	Sous-directrice santé des enfants, parentalité, santé sexuelle
Jocelyne	Grousset	Cheffe du service de la santé scolaire
ORGANISATIONS REPRESENTATIVES DES PERSONNELS		
SYNDICAT NATIONAL DES MEDECINS SCOLAIRES ET UNIVERSITAIRES - UNSA		
Jocelyne	Grousset	Secrétaire générale
Claudine	Nemeusat	Membre du bureau national et co-secrétaire générale
SYNDICAT NATIONAL DES MEDECINS DE SANTE PUBLIQUE DE L'EDUCATION NATIONALE - SGEN-CFDT		
Patricia	Colson	Secrétaire générale
Noëlle	Perrin	Trésorière
SYNDICAT DES MEDECINS DE L'EDUCATION NATIONALE - FO		
Alain	Raël	Secrétaire fédéral de la fédération FO de l'enseignement
Christophe	Decoker	Secrétaire général
SYNDICAT NATIONAL DES INFIRMIERS ET INFIRMIERES EDUCATEURS EN SANTE - UNSA EDUCATION		
Gwenaëlle	Durand	Secrétaire générale
SYNDICAT NATIONAL DES INFIRMIERES CONSEILLERES DE SANTE - FSU		
Saphia	Guereschi	Secrétaire générale
Carole	Pourvendier	Secrétaire nationale
Sylvie	Magne	Secrétaire nationale
Anne	Fabrega	Secrétaire nationale
SYNDICAT NATIONAL FORCE OUVRIERE DES INFIRMIER-E-S DE L'EDUCATION NATIONALE - FO		
Sandra	Marques	Secrétaire générale
Souad	Moad	Adjointe de la secrétaire générale

UNION NATIONALE DES SYNDICATS DE L'ÉDUCATION NATIONALE - CGT		
Christelle	Rissel	
INFIRMIER(E) EDUCATION NATIONALE -SGEN-CFDT		
Contribution écrite 20 février 2023		
ORGANISATIONS REPRESENTATIVES DES PARENTS D'ELEVES ET DES FAMILLES		
FEDERATION DES CONSEILS DE PARENTS D'ELEVES - FCPE		
Grégoire	Ensel	Président
Karine	Dupuis	Secrétaire générale adjointe
UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS AUTONOMES DES PARENTS D'ELEVES - UNAAPE		
Patrick	Salaün	Président
Hélène	Montagne	Administratrice
ASSOCIATION DES PARENTS D'ELEVES DE L'ENSEIGNEMENT LIBRE - APEL		
Christophe	Abraham	Secrétaire général adjoint
Catherine	Romuald	Membre du bureau national en charge du service information et conseil aux familles
PARENTS D'ÉLÈVES DE L'ÉDUCATION PUBLIQUE - PEEP		
Marie Françoise	Wittrant	Membre du conseil d'administration
UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS FAMILIALES - UNAF		
Marie-Pierre	Gariel	Administratrice et présidente du département protection sociale, santé et autonomie
Nicolas	Brun	Coordonnateur du pôle protection sociale/santé
PARLEMENTAIRES – PRESIDENTS DE CONSEILS DEPARTEMENTAUX		
Françoise	Gatel	Sénatrice d'Ille-et-Vilaine
François	Sauvadet	Président de Départements de France et président du conseil départemental de la Côte d'Or (contribution écrite)
Jean-Luc	Chenut	Président du conseil départemental d'Ille-et-Vilaine
Jérôme	Dumont	Président du conseil départemental de la Meuse
Jean-Luc	Gleyze	Président du conseil départemental de la Gironde (contribution écrite)
Philippe	Gouet	Président du conseil départemental du Loir-et-Cher
Claude	Riboulet	Président du conseil départemental de l'Allier

EXPERTS		
Bernard	Toulemonde	A exercé les fonctions de directeur des affaires générales de l'éducation nationale, de recteur et d'inspecteur général de l'éducation nationale
Didier	Jourdan	Professeur des universités, titulaire de la chaire UNESCO « Educations & Santé »
Marie-Rose	Moro	Pédopsychiatre, PUPH en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Franck	Pizon	Maître de conférences HDR en sciences de l'éducation appliquées à la santé, Université de Clermont Auvergne, service de santé publique
REGION NOUVELLE-AQUITAINE		
ACADEMIE DE BORDEAUX		
Conseil régional		
Françoise	Jeanson	Vice-présidente en charge de la santé et de la silver économie
Philippe	Mittet	Directeur général adjoint du pôle éducation et citoyenneté
Laurence	Dutreix	Directrice des formations sanitaires et sociales
Agence régionale de santé		
Benoît	Elleboode	Directeur général
Nadia	Laporte-Phoeun	Directrice de la protection de la santé et de l'autonomie
Sylvie	Quelet	Directrice déléguée à la santé publique et aux environnements
Caroline	Caze	Responsable du département handicap
Nathalie	Lydié	Responsable du pôle environnement, prévention et promotion en santé
Benjamin	Davillers	Responsable adjoint du pôle ressources humaines en santé, direction de l'offre de soin
Claude	Guillard	Cheffe de la mission Prévention du risque infectieux
Anne-Laure	Tanchoux	Chargée de mission prévention et promotion de la Santé (87)
Rectorat		
Anne	Bisagni-Faure	Rectrice
Xavier	Le Gall	Secrétaire général
Corine	Héron-Rougier	Médecin conseillère technique
Daniel	Gillard	Inspecteur d'académie – inspecteur pédagogique régional établissements et vie scolaire
Rectorat de Limoges		

RAPPORT IGAS N°2022-074R / IGESR N°22-23 034A

Cécile	Belleudy	Inspecteur d'académie – inspecteur pédagogique régional éducation physique et sportive
Elisabeth	Devaine	Infirmière conseillère technique
Fabrice	Laurencier	Proviseur, lycée Maryse Bastié, Limoges
Département de la Gironde		
Conseil départemental		
Martine	Jardiné	Vice-présidente en charge du développement social, de la prévention et de la parentalité de la petite enfance et de la jeunesse
David	Boué	Directeur adjoint solidarités
Isabelle	Moreno	Directrice du pôle social (protection maternelle infantile, protection de l'enfance)
Sandrine	Cervelle	Directrice de la Jeunesse, de l'éducation et de la citoyenneté
Isabelle	Aujiéré	Cabinet, conseillère autonomie, accessibilité et santé
Direction départementale des services de l'éducation nationale		
Marie-Christine	Hébrard	Directrice académique des services de l'éducation nationale
Christina	Bustos	Médecin conseillère technique
Marie-Laure	Lasmi	Infirmière conseillère technique
Sibel	Beaulaton	Infirmière conseillère technique
Valérie	Mazurie	Médecin de secteur
Muriel	Darquey	Médecin de secteur
Françoise	Conte	Médecin de secteur
Béatrice	Joudet	Médecin de secteur
Arabella	Quien	Médecin de secteur
Céline	Roumy	Infirmière de l'éducation nationale, collège de Mios
Catherine	David	Infirmière de l'éducation nationale, collège François Mauriac, Léognan
Séverine	Deregnacourt	Infirmière de l'éducation nationale, collège Camille Claudel, Latresne
Nicolas	Ducouso	Infirmier de l'éducation nationale, collège Robert barrière, Sauveterre-de-Guyenne
Gaëlle	Tronquet	Infirmière de l'éducation nationale, collège Anatole France, Cadillac
Collège de Cenon		
Silvy	Chabrefy	Principale-Adjointe en charge du comité d'éducation à la santé, à la citoyenneté et à l'environnement
Serge	Mouna	Conseiller principal d'éducation

RAPPORT IGAS N°2022-074R / IGESR N°22-23 034A

Betty	Lebas	Infirmière de l'éducation nationale
Laure	Babot-Laffitte	Membre de comité d'éducation à la santé, à la citoyenneté et à l'environnement
Frédéric	Gleyroux	Directeur du centre d'information et d'orientation, Cenon
Ludovic	Soubie-Latapie	Directeur d'établissement d'enseignement adapté
REGION HAUT-DE-FRANCE		
ACADEMIE DE LILLE		
Conseil régional		
Giovanni	Sorano	Directeur général adjoint en charge du pôle éducation et avenir des jeunes
Agence régionale de santé		
Jean-Christophe	Canler	Directeur général adjoint
Laurence	Cado	Directrice de la stratégie et des territoires
Elisabeth	Lehu	Sous-directrice des parcours de prévention
Amandine	Dejancourt	Directrice adjointe de la prévention et promotion de la santé
Eloïse	Larvor	Conseillère technique à la direction de l'offre médicosociale
Emmanuelle	Cerf	Médecin de veille sanitaire, direction de la sécurité sanitaire et santé environnementale
Rectorat		
Valérie	Cabuil	Rectrice
Paul-Eric	Pierre	Secrétaire général
Christelle	Derache	Secrétaire générale adjointe - directrice des ressources humaines.
Muriel	Dehay	Infirmière conseillère technique infirmière
Franck	Laurent	Inspecteur d'académie – inspecteur pédagogique régional établissements et vie scolaire
Département du Nord		
Conseil départemental		
Barbara	Coevoet	Vice-présidente en charge de la santé et de la prévention
Marie	Cieters	Vice-président en charge de l'éducation et des collègues
Véronique	Leroy	Directrice de la santé
Bertrand	Le Moine	Directeur des collègues
Gaëtan	Hermant	Assistant

RAPPORT IGAS N°2022-074R / IGESR N°22-23 034A

Stéphane	Latouche	Assistant
Métropole européenne de Lille		
Éric	Skyronka	Vice-Président en charge de la jeunesse et des sports
Cédric	Hardy	Direction relations avec les usagers, citoyenneté et jeunesse
Stéphanie	Guillemin	Chargée de mission au service politique de la ville, en charge de la réussite éducative et la prévention santé
Juliette	Gosset	Chargée de mission au sein de l'unité jeunesse
Direction départementale des services de l'éducation nationale		
Jean-Yves	Bessol	Directeur académique des services de l'éducation nationale
Fabrice	de Barros	Directeur académique adjoint des services de l'éducation nationale
Stéphane	Lefeure	Secrétaire général
Anne-Laure	Vallier	Secrétaire générale adjointe
Catherine	Julien	Infirmière conseillère technique
Blandine	Belomez	Médecin conseillère technique
Aurélie	Dubuille	Conseillère technique de service social
Mélanie	Hogie	Infirmière de l'éducation nationale
Marie-Hélène	Caillier	Infirmière de l'éducation nationale au lycée Colbert de Tourcoing
Virginie	Shakesmart	Médecin de secteur
Sylvie	Idziejczak Cauwer	De Médecin de secteur
Ecole Ariane Capon, Lille		
Patrice	Gaspard	Inspecteur de l'éducation nationale
Nicolas	Rousseau	Directeur
Marion	Wartel	Enseignante
Justine	Quintin-Tauet	Médecin de secteur
Martine	Galiegue	Médecin de PMI, unité territoriale de prévention et d'action sociale, Lille-Moulins
Charlotte	Gaillard	Infirmière de l'éducation nationale, collège Miriam Makeba, Lille
Estelle	Violette	Infirmière stagiaire
Catherine	Moerdial	Conseillère technique adjointe au service social
Lucie	Gapski	Conseillère pédagogique de circonscription

RAPPORT IGAS N°2022-074R / IGESR N°22-23 034A

Stéphanie	Boucher	Conseillère pédagogique de circonscription
Stéphane	Colombani	Enseignant spécialisé
Fabienne	Tisserand	Enseignante référente
Hervé	Devos	Psychologue de l'éducation nationale (éducation, développement et apprentissages)
Organisation représentative des parents d'élèves		
Anne	Thibaudeau	Vice-présidente de la fédération des conseils de parents d'élèves en charge du handicap
Département du Pas-de-Calais		
Préfecture		
Jacques	Billant	Préfet
Conseil départemental		
Maryse	Cauwet	Vice-présidente en charge des personnes âgées et de la santé
Zohra OUAGUEF	Ouaguef	Conseillère départementale
Patrick	Genevaux	Directeur général adjoint en charge du pôle solidarités
Ville d'Arras et Communauté urbaine d'Arras		
Claire	Hodent	Adjointe au maire d'Arras en charge de l'éducation et de la restauration collective
Ziad	Khodr	Conseiller communautaire économie et promotion de la santé
Valérie	Blouin	Directrice du département éducation jeunesse et sports, ville d'Arras
Jérémy	Zulkowski	Directeur de la prévention et de la cohésion sociale, Communauté urbaine d'Arras
Mélissa	Bouhada	Directrice, centre d'action médico-sociale précoce, ville d'Arras
Direction départementale des services de l'éducation nationale		
Joël	Surig	Directeur académique des services de l'éducation nationale
Nathalie	Blondel	Médecin conseillère technique
Delphine	Bellynck	Infirmière conseillère technique
Hélène	Deleforge	Médecin de secteur
Sandrine	Marin	Médecin de secteur
Stéphanie	Sauguet	Médecin de secteur
Alice	Delarue	Médecin de secteur
Lydie	Lecocq	Infirmière de l'éducation nationale

RAPPORT IGAS N°2022-074R / IGESR N°22-23 034A

Sophie	Brefort	Infirmière de l'éducation nationale
Delphine	Pernaud	Infirmière de l'éducation nationale
Barbara	Desprez	Psychologue de l'éducation nationale (éducation, développement et apprentissages)
Ecole Voltaire de la ville d'Arras		
Gérard	Szarzynski	Inspecteur de l'éducation nationale
Sylvie	Camier	Directrice
Marc	Lavogez	Enseignant
Angélique	Sartori	Enseignante
Tiphanie	Lohez	Enseignante
Véronique	Delmotte	Enseignante
Collège Charles Péguy de la ville d'Arras		
Carole	Berdin	Principale
Camille	Bogdanski	Principale adjointe
Valérie	Bettancourt	Directeur d'établissement d'enseignement adapté
Delphine	Théry	Provisure adjointe du lycée professionnel Savary de la ville d'Arras (liaison 3ème-2nde)
Sarah	Soler	Conseillère principale d'éducation
Marie-Laure	Verplanque	Adjointe gestionnaire
Sandrine	Marin	Médecin de secteur
Delphine	Pernaud	Infirmière de l'éducation nationale
Sophie DEMAILLY	Demailly	Assistante de service social
Florence	Tilliette	Directrice du centre d'information et d'orientation de la ville d'Arras
Marion	de Sainte Maresville	Psychologue de l'éducation nationale (éducation développement et conseil en orientation scolaire et professionnelle)
	Karamicki	Enseignante dans une unité localisée pour l'inclusion scolaire
	Guiselin	Enseignante spécialisée
	Alavoine	Enseignant de sciences de la vie et de la Terre
	N Guyen Tan	Enseignante d'éducation physique et sportive
	Voisin	Enseignante de lettres

Fatime	Nassour	Représentante des élèves
Organisations représentatives des parents d'élèves		
Karine	Dupuis	Présidente de la fédération des conseils de parents d'élèves
Claudie	Lanvin	Déléguée des parents d'élèves au collège Charles Péguy de la ville d'Arras
REGION-CENTRE VAL DE LOIRE		
ACADEMIE D'ORLEANS-TOURS		
Conseil régional		
Sylvie	Dubois	Vice-présidente déléguée à la santé et la prévention
César	Gonsalez	Directeur de la mission santé
Agence régionale de santé		
Olivier	Albrecht	Directeur général adjoint
Rectorat		
Stéphane	Le Ray	Secrétaire général
Isabelle	Crouzier-Brun	Directrice de cabinet du recteur
Sylvie	Angel	Médecin conseillère technique
Isabelle	Meyer	Infirmière conseillère technique
Cyril	Desouches	Inspecteur d'académie – inspecteur pédagogique régional établissements et vie Scolaire
Frédéric	Clave	Inspecteur d'académie – inspecteur pédagogique régional établissements et vie Scolaire
Cyril	Desouches	Inspecteur d'académie – inspecteur pédagogique régional établissements et vie Scolaire
Département du Loiret		
Conseil départemental		
Jacky	Guérineau	Directeur général adjoint du pôle citoyenneté et cohésion sociale
Ville d'Orléans		
Florent	Montillot	Adjoint au maire pour la santé, la sécurité et la tranquillité publique et pour les relations avec l'université
Régine	Bréant	Adjointe au maire chargée des solidarités et de la famille
Jeanne-Marie	de Amorim	Chargée de mission santé publique, direction de la santé et des solidarités
Direction départementale des services de l'éducation nationale		
Philippe	Ballé	Directeur académique des services de l'éducation nationale
Véronique	Guggiari	Directeur académique adjoint des services de l'éducation nationale

RAPPORT IGAS N°2022-074R / IGESR N°22-23 034A

Frédéric	Gachet	Secrétaire général
Lydie	Odion	Infirmière conseillère technique
Marianne	Barré	Médecin de secteur
Sandrine	de Miribel	Médecin de secteur
Céline	Galisson	Infirmière de l'éducation nationale, collège Etienne Dolet, Orléans
Ecole maternelle Claude Lewy (réseau d'éducation prioritaire +), Orléans		
Sébastien	Moisan	Inspecteur de l'éducation nationale
Marjolaine	Ralema	Directrice d'école
Axel	Forgues	Directeur d'école
Françoise	Vargues	Principale, collège Jean Rostand, Orléans
Marie	Gabriel	Conseillère pédagogique de circonscription, assistante de prévention
Natacha	Kom	Enseignante
Amandine	Chanteau	Enseignante
Pascal	Forcheron	Psychologue de l'éducation nationale (éducation développement et conseil en orientation scolaire et professionnelle)
Perrine	Dozias	Assistante de service social
Catherine	Miloche	Infirmière de l'éducation nationale
Département du Cher		
Préfecture		
Maurice	Barate	Préfet
Conseil départemental		
Sophie	Bertrand	Vice-présidente en charge de l'enfance de la famille et du handicap
Bénédicte	de Choulot	Vice-présidente en charge des affaires sociales et de l'insertion
Joël	Martinet	Directeur général des services
Marie-Claude	Aubertin	Directeur général adjoint prévention, autonomie et vie sociale
Géraldine	Duchange	Directrice de l'action sociale de proximité
Marlène	Clave	Cheffe de Service territorial de la protection maternelle et infantile
Ville de Bourges		
Céline	Madrolles	Adjointe au maire, déléguée à l'éducation, plan écoles, laïcité

RAPPORT IGAS N°2022-074R / IGESR N°22-23 034A

Magalie	Bessard	Adjointe au maire, déléguée à la santé et à l'égalité femmes-hommes
Marina	Mousseline	Directrice de l'éducation
Emilie	Leite	Directrice petite enfance
Mireille	Leroy	Coordnatrice du contrat local de santé, Bourges
Délégation départementale de l'agence régionale de santé		
Marie	Vinent	Adjointe au directeur départemental
Naïma	Mousalli	Chargée de la mission prévention et promotion de la santé
Direction départementale des services de l'éducation nationale		
Pierre Alain	Chiffre	Directeur académique des services de l'éducation nationale
Benjamin	Royannez	Secrétaire général
Lycée Jean Mermoz, Bourges		
Jean-Pierre	Faou	Proviseur du lycée professionnel
Matthieu	Doucet	Conseiller Principal d'éducation
Françoise	Marchadier	Infirmière de l'éducation nationale
Sylvie	De Bonneval	Médecin de secteur
Mathilde	Dubos	Psychologue de l'éducation nationale (éducation développement et conseil en orientation scolaire et professionnelle), inspecteur de l'éducation nationale chargés de l'information et de l'orientation adjointe
Centre Médico-Scolaire, Saint-Amand Montrond		
Frédéric	Joubin	Inspecteur de l'éducation nationale
Laure	Michel	Directrice
Benoît	Penneron	Directeur
Marie-Philomène	Bert	Infirmière, collège Le Colombier, Dun-sur-Auron
Marine	Routet	Psychologue de l'éducation nationale (éducation, développement et apprentissages)
Annick	Bardy	Secrétaire administratif du centre médico-scolaire
REGION GRAND EST		
ACADEMIE DE NANCY-METZ		
Agence régionale de santé - Délégation départementale du département de la Meuse		
Céline	Prins	Déléguée territoriale

Isabelle	Borey	Cheffe du pôle soins de proximité
Nathalie	Simonin	Responsable du département prévention et promotion de la santé de l'ARS Grand-Est
Département de la Meuse		
Préfecture		
Pascale	Trimbach	Préfète
Patrick	Burckel	Directeur de cabinet
Conseil départemental		
Hélène	Sigot-Lemoine	Vice-présidente en charge de l'éducation, de la jeunesse et de la culture
Marie-Christine	Tonner	Vice-présidente en charge de l'enfance et de la famille
Christine	Junalik	Directrice de l'éducation
Denis	Ambroise	Médecin de la protection maternelle et infantile
Fanny	Villemin	Directrice Enfance-Famille
Charles	Dron	Responsable « E-Meuse Santé »
Nadège	Halbutier	Responsable sage-femme territoriale du service de la protection maternelle et infantile
Estelle	Monin	Responsable territoriale du service de la protection maternelle et infantile
Jennifer	Louis	Responsable territoriale du service de la protection maternelle et infantile
Communauté des communes Commercy-Void-Vaucouleurs		
Francis	Leclerc	Président
Catherine	Fournier	Vice-présidente en charge de la jeunesse et de l'éducation
Jérôme	Lefèvre	Maire de Commercy
Valérie	Doriac	Directrice générale des services
Direction départementale des services de l'éducation nationale		
Thierry	Dickélé	Directeur académique des services de l'éducation nationale
Karine	Leremon	Secrétaire général
Virginie	Deville	Médecin conseillère technique
Franck	Doguet	Infirmière conseillère technique
Eric	Nallot	Conseiller technique au service social
Visite de l'école maternelle de Saint-Aubain-sur-Aire (circonscription de Commercy)		
Mariane	Domicille	Directrice de l'école maternelle

Céline	Léal	Inspectrice de l'éducation nationale
Séverine	Guinay	Responsable des maisons des solidarités de Commercy et Vaucouleurs
Agnès	Bernard	Assistante sociale, maison des solidarités, Commercy
Visite du CMS de Commercy		
Ingrid	Hautcolas	Secrétaire médicale
Elodie	Martin	Infirmière scolaire rattachée au centre médico scolaire de Commercy
Christine	Contignon	Infirmière de l'éducation nationale
Lycée Henri Vogt - COMMERCY		
Yann	Le Meur	Proviseur
Thomas	Bénard	Conseiller principal d'éducation
Laetitia	Guerreiro	Infirmière éducation nationale
Michel	Bauchez	Responsable des personnels non-enseignants
Cloé	Steiner	Elève, membre du comité d'éducation à la santé, à la citoyenneté et à l'environnement
Lyloo	Perche	Elève, membre du comité d'éducation à la santé, à la citoyenneté et à l'environnement
Emma	Wolff	Elève, membre du comité d'éducation à la santé, à la citoyenneté et à l'environnement
Cansu	Yldrim	Elève, membre du comité d'éducation à la santé, à la citoyenneté et à l'environnement
REGION AURA		
ACADEMIE DE GRENOBLE		
Agence régionale de santé		
Loïc	Mollet	Directeur départemental
Anne-Maëlle	Cantinat	Responsable du pôle offre de soins
Tristan	Berglez	Responsable du pôle offre de soins hospitaliers - ARS Auvergne Rhône Alpes
Rectorat		
Hélène	Insel-Zajdela	Rectrice
Jannick	Chrétien	Secrétaire générale
Christine	Lequette	Médecin conseillère technique
Colette	Chambard	Infirmière conseillère technique
Jérôme	Bizet	Inspecteur d'académie – inspecteur pédagogique régional établissements et vie scolaire
Régis	Vivier	Inspecteur d'académie – inspecteur pédagogique régional établissements et vie scolaire

Didier	Pinel	Inspecteur d'académie – inspecteur pédagogique régional établissements et vie scolaire
Département de l'Isère		
Ville de Grenoble		
Pierre-André	Juven	Adjoint au maire chargé de l'urbanisme et de la santé
Marion	Giroud	Directrice du service santé publique et environnementale
Direction départementale des services de l'éducation nationale		
Patrice	Gros	Directeur académique des services de l'éducation nationale
Florence	Borghese	Médecin conseillère technique
Brigitte	Huctin	Infirmière conseillère technique
Fabienne	Martin	Médecin de secteur
Florence	Launay	Médecin de secteur
Pascale	Plessy	Médecin de secteur
Delphine	Caillat	Infirmière de l'éducation nationale
Magali	Mendoza	Infirmière de l'éducation nationale
Ecole primaire de La Brunerie, circonscription de Voiron 2		
Fabien	Vallier	Inspecteur de l'éducation nationale
Perrine	Chatelain	Directrice de l'école
Magali	Nicolas	Médecin de secteur
Constance	Leclercq	Infirmière de l'éducation nationale
Léa Cayer	Barrioz	Psychologue de l'éducation nationale (éducation, développement et apprentissages)
Collège Le Vergeron de Moirans		
Bénédicte	Mamie	Principale du collège
Alexandra	Starck	Médecin de secteur
Pascale	Locatelli	Infirmière de l'éducation nationale
Organisations représentatives des parents d'élèves		
Samira	Dadache	Secrétaire générale de la fédération des conseils de parents d'élèves
Laurence	Brescia	Présidente de la fédération des parents d'élèves de l'enseignement public

Département de la Drôme		
Conseil départemental		
Françoise	Chazal	Vice-présidente, chargée des solidarités humaines, de l'autonomie, de l'enfance, de la prévention, de la parentalité et de la santé
Véronique	Geourjon-Reyne	Directrice générale adjointe à la solidarité
Ville de Valence		
Cécile	Paulet	Maire adjointe en charge de l'éducation et de la jeunesse
Thomas	Blache	Conseiller municipale délégué aux affaires scolaires et à l'éducation citoyenne
Virginie	Rioli	Conseillère municipale déléguée à la restauration scolaire et au périscolaire
Marie	Balsan	Conseillère municipale déléguée au contrat municipal étudiant.
Lucile	Vercoutere	Directrice de la santé publique
Diane	Azaryan	Directrice de la cellule administrative et financière de la direction éducation
Délégation départementale de l'agence régionale de santé		
Zhour	Nicollet	Directrice départementale
Magali	Tournier	Responsable du service prévention et promotion de la santé
Direction départementale des services de l'éducation nationale		
Pascal	Clément	Directeur académique des services de l'éducation nationale
Caroline	Ozdemir	Secrétaire générale
Alexis	Charré	Directeur académique adjoint des services de l'éducation nationale, en charge du premier degré
Monique	Billiemaz	Médecin conseillère technique
Mireille	Malosse	Infirmière conseillère technique
Organisations représentatives des parents d'élèves		
Christine	Messie	Représentant des parents d'élèves de l'éducation publique
Zakar	Said	Représentant de la fédération des conseils de parents d'élèves
Département de l'Ardèche		
Conseil départemental		
Marylène	Mongalvy	Directeur général des services
Délégation départementale de l'agence régionale de santé		
Emmanuelle	Soriano	Directrice départementale

Christophe	Duchen	Responsable du pôle santé publique
Valérie	Auvitu	Responsable du pôle de l'autonomie
Direction départementale des services de l'éducation nationale		
Isabelle	Chaillan	Secrétaire générale
ACADEMIE DE CLERMONT-FERRAND		
Agence régionale de santé - Délégation départementale du département de l'Allier		
Olivier	Coudin	Directeur de la délégation départementale
Rectorat		
Karim	Benmiloud	Recteur
Virginie	Monney	Infirmière conseillère technique académique
Département de l'Allier		
Conseil départemental		
Nicole	Tabutin	Conseillère départementale déléguée à l'enfance et à la famille
Gérard	Cubertefon	Directeur du service de la jeunesse et de l'éducation
Axel	Harkat	Directeur du service de l'enfance et de la famille
Valérie	Bernier-Jaulin	Médecin-chef de la protection maternelle infantile
Ville de Villebret		
Philippe	Glomot	Maire
Emmanuel	Courmaire	Directeur de l'école
Direction départementale des services de l'éducation nationale		
Suzel	Prestaux	Directrice académique des services de l'éducation nationale
Cécile	Pannetier	Médecin conseillère technique
Mylène	Perrin	Infirmière conseillère technique
Myriam	Jamet-Stricher	Conseillère technique de service social
REGION BRETAGNE		
ACADEMIE DE RENNES		
Agence régionale de santé		
Nathalie	Le Formal	Directrice de la santé publique
Salima	Taymi	Direction de la santé publique, chargée des programmes santé

RAPPORT IGAS N°2022-074R / IGESR N°22-23 034A

David	Le Goff	Directeur départemental d'Ille-et-Vilaine
Rectorat		
Emmanuel	Ethis	Recteur
Marine	Lamotte d'Incamps	Secrétaire générale
Stéphanie	Jamier	Médecin conseillère technique
Nathalie	Pasquier	Infirmière conseiller technique
Département de l'Ille-et-Vilaine		
Conseil départemental		
Anne-Françoise	Courteille	Vice-présidente déléguée à la protection de l'enfance et à la prévention
Jeanne	Larue	Vice-présidente déléguée à l'éducation
Régine	Komokoli-Nakoafio	Conseillère départementale déléguée à la protection maternelle et infantile, à la petite enfance et à la parentalité
Franck	Perinet	Directeur général des services
Valérie	Lecomte-Tribehou	Directrice générale du Pôle égalité, éducation citoyenneté
Romane	Brulat	Directrice adjointe enfance-famille
Christine	Allain-André	Directrice éducation, jeunesse et sport
Céline	Bizot	Directrice de la maison départementale des personnes handicapées
France	Audebourg	Médecin au centre départemental d'action sociale de Saint-Malo
Emmanuelle	Denoux	Médecin au centre départemental d'action sociale de Rennes centre
Angélique	Simon-Lemarie	Adjointe au chef de service vie sociale, pôle territoires et service de proximité
Ville de Rennes		
Gaëlle	Rougier	Adjointe déléguée à l'éducation
Yannick	Nadesan	Adjoint délégué à la santé et au vieillissement
Danièle	Fourdan	Directrice solidarité santé
Nicolas	Gauvain	Directeur éducation enfance
Marie	Boishu	Responsable du service santé enfance
Françoise	Andrieux Lambotte	Médecin au service santé enfance

Pauline	Lazare	Psychologue
Isabelle	Pierquet	Infirmière
Direction départementale des services de l'éducation nationale		
Marc	Teulier	Directeur académique des services de l'éducation nationale
Stéphanie	Jamier	Médecin conseillère technique
Enseignement sous contrat		
Michel	Pellé	Directeur diocésain de l'enseignement catholique
École maternelle et élémentaire Les Gantelles, Rennes		
Alain	Landeau	Inspecteur de l'éducation nationale
Dominique	Dubray	Directrice
Martine	Botte	Médecin de secteur
Sylvie	Billon	Infirmière de l'éducation nationale
Collège Pierre-Olivier Malherbe de Chateaubourg		
Organisations représentatives des parents d'élèves		
Emeline	Deschamps	Présidente de la fédération des conseils de parents d'élèves
Philippe	Jouanneau	Représentant de la fédération des conseils de parents d'élèves
REGION ÎLE DE FRANCE		
ACADEMIE DE CRETEIL		
Agence régionale de santé - Délégation départementale du département de la Seine-et-Marne		
Delphine	Caamano	Directrice adjointe
Département de la Seine-et-Marne		
Conseil départemental		
Xavier	Vanderbise	Vice-président en charge des collèges
Anne	Gbiorczyk	Vice-présidente à l'enfance, la famille et de la présence médicale
Christophe	Deniot	Directeur général des services
Jean-Luc	Lods	Directeur général adjoint à la solidarité
Emmanuel	Monnet	Secrétaire général à la direction générale adjointe à la solidarité
Sophie	Krajewski	Directrice de la protection maternelle et infantile et promotion de la santé

RAPPORT IGAS N°2022-074R / IGESR N°22-23 034A

Véronique	Laguillet	Sous-directrice
Florent	Louise	Conseiller technique au cabinet du président en charge des solidarités
Direction départementale des services de l'éducation nationale		
Valérie	Debuchy	Directeur académique des services de l'éducation nationale
Sylvain	Demont	Secrétaire général
Nathalie	Chavignet	Médecin conseillère technique
Christine	Trubert	Conseillère technique de service social
Assia	Nait Slimani	Psychologue de l'éducation nationale (éducation, développement et apprentissages)
Stéphanie	Gineste	Psychologue de l'éducation nationale (éducation, développement et apprentissages)
Organisations représentatives des parents d'élèves		
Olivier	Chabault	Représentant de la fédération des conseils de parents d'élèves
Stéphanie	Durel	Représentante de la fédération des conseils de parents d'élèves
Sandrine	Eifermann Soutarson	Représentante de la fédération des conseils de parents d'élèves
Valérie	Desouche	Représentante de l'union nationale des associations autonomes de parents d'élèves

SIGLES UTILISES

ARS :	agence régionale de santé
ATTEE :	personnels adjoints techniques territoriaux des établissements d'enseignement
CESC :	comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CMS :	centre médico-scolaire
CDAPH :	commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapés
CLS :	contrat local de santé
CMP :	centre médico-psychologique
CMPP :	centre médico-psychopédagogique
CPTS :	communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DEPP :	direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance
DGAFP :	direction générale de l'administration et de la fonction publique
DGESCO :	direction générale de l'enseignement scolaire
DGRH :	direction générale des ressources humaines
DGS :	direction générale de la santé
DGT :	direction générale du travail
DGOS :	direction générale de l'organisation des soins
DGCL :	direction générale des collectivités locales
DSDEN :	direction des services départementaux de l'éducation nationale
DREES :	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHESP :	école des hautes études en santé publique
EPLÉ :	établissement public local d'enseignement
ETP :	équivalent temps plein
ETPT :	équivalent temps plein travaillé
HAS :	haute autorité de santé
INSERM :	institut national de la santé et de la recherche médicale
LIEN :	logiciel infirmier de l'Éducation Nationale
MAPTAM (loi) :	modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles
MDPH :	maison départementale des personnes handicapées
MISP :	médecin inspecteur de santé publique
OMS :	organisation mondiale de la santé
PAI :	projet d'accueil individualisé
PAP :	plan accompagnement personnalisé
PMI :	protection maternelle et infantile
PPS :	projet personnalisé de scolarisation

PPRE :	programme personnalisé de réussite éducative
PRS :	projet régional de santé
RIFSEEP :	régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel
SAGESSE :	système automatisé gestion santé établissement
TOS :	personnel administratif, technique, ouvrier et de service

LETTRE DE MISSION



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

*Le Ministre de l'Intérieur
et des Outre-mer*

*Ministre de l'Éducation nationale
et de la Jeunesse*

Ministre de la Santé et de la Prévention

Paris, le **16 SEP. 2022**

A l'attention de

Michel ROUZEAU

Chef du service de l'inspection générale de l'administration

Madame Caroline PASCAL

Cheffe de l'inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche

Monsieur Thomas AUDIGE

Chef de l'inspection générale des affaires sociales

Objet : *Rapport au Parlement sur le devenir de la médecine scolaire (article 144 de la loi n°2022-217 du 21 février 2022).*

Les médecins et infirmiers scolaires sont chargés d'une mission de promotion de la santé à l'école qui constitue un des objectifs de la mission du service public de l'enseignement posé par la loi. L'article L. 541-1 du code de l'éducation dispose ainsi que « les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'éducation nationale » en favorisant, pour les élèves, leur « réussite scolaire et la réduction des inégalités en matière de santé ». Les médecins et personnels de santé scolaire sont des acteurs majeurs de la réussite de la politique éducative tout en contribuant activement à la politique de santé publique. Par ailleurs, la recherche d'une meilleure articulation entre les acteurs de la santé scolaire et l'ensemble des acteurs de santé sur les territoires, en particulier ceux relevant du cadre de la protection maternelle et infantile, a été clairement affirmée¹.

Néanmoins, le dispositif de santé scolaire fait face à des difficultés récurrentes, principalement liées à des enjeux de recrutement, mais aussi à son organisation et à son pilotage. Ces difficultés ont été largement documentées ces dernières années, et notamment par le rapport de la Cour des comptes de mai 2020 sur les médecins et personnels de santé scolaire, de l'académie de médecine en 2017 et des assemblées (Assemblée nationale et Sénat en 2011), mission en cours de l'IGESR sur l'accompagnement et le suivi de la santé des élèves dans l'enseignement scolaire par l'éducation nationale. Les difficultés plus particulièrement liées à un déficit d'attractivité doivent par ailleurs être replacées dans le contexte actuel plus large de tension que connaissent les métiers de la santé.

Les débats parlementaires autour de la loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale ont mis en lumière la nécessité de repenser le schéma d'organisation actuel de la santé scolaire.

.../...

¹ Notamment par l'arrêté du 20 août 2021 modifiant l'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.

À cet effet, l'article 144 de ladite loi prévoit la transmission au Parlement d'un rapport « retraçant les perspectives du transfert de la médecine scolaire aux départements, son coût, les modalités envisagées de recrutement et de gestion du personnel et les améliorations attendues sur le fonctionnement des différentes actions menées dans le cadre de la médecine scolaire ».

Ce rapport devra également indiquer, selon les termes de la loi, les autres moyens qui permettraient, en l'absence d'un transfert des services de santé scolaire aux conseils départementaux, « de renforcer la politique de santé scolaire et, en particulier, de renforcer l'attractivité des métiers concourant à cette politique ».

Dans le cadre souhaité par le législateur, vous réaliserez en premier lieu une revue des missions confiées à la médecine scolaire en identifiant les missions prioritaires et vérifierez leur adéquation aux moyens déployés.

En second lieu, vous préciserez les conditions nécessaires à une éventuelle décentralisation de la médecine scolaire ainsi que son impact tant en termes d'atteinte des objectifs fixés, que d'impacts budgétaires, de gestion des ressources humaines, en examinant les avantages et les inconvénients du mode de gestion actuel et d'un modèle décentralisé.

En troisième lieu, vous étudierez les principales modalités alternatives d'organisation permettant d'atteindre, sur tout le territoire national, les objectifs fixés par la loi à la médecine scolaire en mobilisant l'ensemble des acteurs nationaux et locaux concernés par la santé de l'enfant. Vous veillerez à en préciser la faisabilité opérationnelle notamment en matière sociale, de ressources humaines et de calendrier, ainsi que les modalités de gouvernance et de pilotage qui en découlent.

Enfin vous identifierez les leviers d'amélioration de cette politique publique à cadre juridique constant. Vous examinerez en particulier les modalités de pilotage et d'organisation au niveau national et au niveau local. Vous vous attacherez enfin à identifier les améliorations susceptibles d'être apportées à l'organisation en place et aux modes de travail de manière à renforcer les synergies entre l'ensemble des acteurs de la santé au sein et avec ses partenaires ainsi que l'attractivité des métiers de la santé scolaire.

Vous vous attacherez à recueillir le point de vue d'un panel représentatif des collectivités et des autres parties prenantes concernées, des services académiques ainsi que des membres de la communauté éducative et en particulier celui des organisations syndicales représentatives des médecins et infirmiers scolaires.

Vous conduirez cette mission en relation avec les ministères chargés de l'éducation nationale, de l'intérieur, de la santé et des relations avec les collectivités territoriales, sur les services desquels vous pourrez vous appuyer.

Vous me remettrez votre rapport au plus tard le 30 novembre 2022, aux fins d'une remise au Parlement conformément aux dispositions précitées.



Gérald DARMANIN



Pap NDIAYE



François BRAUN