



N° 1228

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

SEIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 11 mai 2023.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 146 du Règlement

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

*sur la **médecine scolaire et la santé à l'école***

ET PRÉSENTÉ PAR

M. ROBIN REDA,
rapporteur spécial

SOMMAIRE

	Pages
RECOMMANDATIONS DU RAPPORTEUR SPÉCIAL	5
INTRODUCTION	7
I. LA SANTÉ À L'ÉCOLE : UNE APPROCHE ESSENTIELLE POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DES ÉLÈVES.....	9
A. LES BESOINS DE SANTÉ DES ÉLÈVES SONT GRANDISSANTS.....	9
1. Les élèves peuvent rencontrer divers problèmes de santé dont l'occurrence doit être suivie au niveau national.....	9
2. La dégradation inquiétante de la santé psychique des élèves	12
3. Avec l'école inclusive, les enfants à besoins éducatifs particuliers doivent bénéficier d'un accompagnement spécifique.....	13
B. LA POLITIQUE DE SANTÉ SCOLAIRE PERMET DE RÉPONDRE À CES BESOINS.....	14
1. La santé à l'école vise à favoriser la réussite scolaire des élèves et réduire les inégalités en matière de santé.....	15
2. Les personnels de santé scolaire et leurs missions	17
a. Les médecins de l'éducation nationale	17
b. Les infirmiers de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur.....	18
c. Les assistants de service social.....	19
d. Les psychologues de l'éducation nationale.....	20
3. L'organisation de la politique de santé à l'école	23
a. L'autorité politique compétente en matière de santé scolaire	23
b. La stratégie partenariale avec les autorités responsables en matière de santé.....	25
II. LA PERFORMANCE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ SCOLAIRE N'EST PAS À LA HAUTEUR DES ENJEUX	27
A. MALGRÉ LES MOYENS ALLOUÉS À LA POLITIQUE DE SANTÉ SCOLAIRE, UNE PERFORMANCE DÉCEVANTE.....	27
1. Les moyens alloués à la politique de santé scolaire sont en progression depuis 2018.....	27
2. Une performance décevante et une politique qui n'atteint pas ses objectifs	30
a. Les dépistages obligatoires, pourtant essentiels, ne sont pas systématiquement réalisés.....	30
b. Des actions d'éducation à la santé dispersées et non coordonnées	33
c. La gestion de la crise sanitaire s'est faite en lien avec les personnels de santé scolaire	34

B. UNE POLITIQUE LARGEMENT AFFECTÉE PAR LE MANQUE DE PERSONNELS	34
1. Des difficultés de recrutement, en particulier chez les médecins	34
2. Des rémunérations insatisfaisantes malgré les efforts réalisés par le ministère	38
3. Une dégradation des conditions de travail qui conduit à la perte d’attractivité des métiers médico-sociaux de l’éducation nationale	43
C. LE PILOTAGE DÉFAILLANT DE LA POLITIQUE DE SANTÉ SCOLAIRE ...	45
1. L’absence de suivi et de mesure de la performance de la politique de santé scolaire	45
2. Une gestion en silo des différentes professions de santé scolaire.....	46
3. Un fonctionnement très inégal sur le territoire	48
III. UNE ORGANISATION ET UN PILOTAGE À REVOIR POUR MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DES ÉLÈVES	49
A. VALORISER LE TRAVAIL DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ SCOLAIRE	49
1. Faire évoluer le statut des médecins de l’éducation nationale.....	49
2. Faire connaître les missions des personnels de santé scolaire aux équipes pédagogiques et aux élèves	50
B. RESSERRER LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ SCOLAIRE...	51
1. Organiser une meilleure coordination institutionnelle des différentes catégories de personnels.....	51
2. Mieux répartir les moyens en personnel entre le premier et le second degrés	52
C. POURSUIVRE LE DÉVELOPPEMENT DE LA DÉMARCHE PARTENARIALE AVEC LA MÉDECINE DE VILLE ET LES SERVICES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ.....	53
1. Favoriser le partage d’information entre médecine de ville, médecine de PMI et médecine scolaire.....	53
2. Développer les liens entre médecine scolaire et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).....	54
3. Mettre l’accent, dans ces coopérations, sur la prise en charge de la santé psychique des élèves	55
TRAVAUX DE LA COMMISSION	57
ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR	67

RECOMMANDATIONS DU RAPPORTEUR SPÉCIAL

- Reprendre les enquêtes épidémiologiques nationales sur la santé des enfants et des adolescents en milieu scolaire ;
- permettre le passage des psyEN d'une spécialité à l'autre afin de dynamiser leur carrière ;
- donner la priorité, au sein des missions des psychologues de l'éducation nationale, à la prise en charge des élèves en situation de mal-être ou de détresse psychologique ;
- maintenir la politique de santé scolaire au sein des compétences du ministère de l'éducation nationale ;
- regrouper les crédits de masse salariale des psychologues de l'éducation nationale sur le programme 230 *Vie de l'élève*, et préciser, dans les documents budgétaires annexés au projet de loi de finances et au projet de loi de règlement, le montant de ces crédits ainsi que les effectifs des psyEN ;
- définir au niveau ministériel un programme d'actions d'éducation à la santé à décliner au sein de toutes les académies, et encadrer le recours des établissements à des acteurs extérieurs à l'éducation nationale ;
- accorder le complément de traitement indiciaire à tous les infirmiers de l'éducation nationale et réformer les règles d'attribution de la nouvelle bonification indiciaire pour en faire bénéficier automatiquement les infirmiers dont l'établissement d'affectation accueille des enfants en situation de handicap ;
- aligner l'IFSE des psychologues de la spécialité EDO sur l'IFSE des psychologues de la spécialité EDA ;
- augmenter les moyens de fonctionnement alloués à la politique de santé scolaire afin d'améliorer les conditions matérielles de travail des personnels ;
- élaborer, chaque année, un rapport d'évaluation de la politique de santé scolaire, sur la base d'indicateurs statistiques définis en concertation avec les représentants des personnels médico-sociaux ;
- mettre en place, auprès des DASEN, des recteurs et du DGESCO, un pôle ou un service dédié à la santé scolaire afin d'élaborer et de décliner la politique de santé à l'école ;
- rattacher les médecins de l'éducation nationale à un corps interministériel de médecins spécialistes en santé publique afin de dynamiser leur carrière ;

- mieux informer les élèves, les personnels de vie scolaire et les enseignants sur l'existence et les missions des assistants de service social et des psychologues de l'éducation nationale ;

- dans le cadre d'un service ou d'un pôle de coordination de la politique de santé scolaire, redéfinir les missions et les modalités d'intervention des personnels de santé scolaire, sur la base d'un diagnostic territorial des besoins des élèves ;

- donner la priorité au premier degré dans l'orientation générale de la politique de santé scolaire en redéployant des personnels vers les centres médico-scolaires ;

- garantir, à terme, l'interopérabilité des logiciels professionnels de personnels de santé scolaire avec les applications utilisées par l'ensemble des professionnels de santé que l'enfant est amené à consulter ;

- favoriser l'intégration systématique des médecins scolaires dans les CPTS pour améliorer l'accès aux soins des élèves ;

- développer l'offre de structures médico-psychologiques adaptées à la prise en charge de la souffrance psychique des enfants et des adolescents.

INTRODUCTION

La politique de santé à l'école est au croisement de deux priorités : la réussite scolaire de tous les élèves, et la santé de la population générale. L'école est un formidable vecteur de promotion et d'éducation à la santé, afin de permettre aux élèves, et aux adultes qu'ils deviendront, d'être acteurs de leur santé ; la santé est en parallèle une condition de l'épanouissement des élèves dans le cadre scolaire et garantit leur capacité à apprendre, à se développer, à s'exprimer. La santé à l'école est également un vecteur de réduction des inégalités : dans certains territoires en difficulté, ou pour certaines populations fragilisées, l'école est également la seule garantie d'accès à la santé et à un suivi sanitaire pour les élèves.

Les prémices de la politique de santé scolaire apparaissent dès la Révolution française, mais celle-ci se structure véritablement au sortir de la Seconde Guerre mondiale. Initialement fondée sur une approche hygiéniste de la population – vaccination, lutte contre la tuberculose, prévention de l'alcoolisme –, la politique de santé scolaire évolue après l'adoption de la Charte d'Ottawa en 1986, qui développe une approche par la promotion de la santé, dont l'objectif est de « donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer ».

Progressivement, la politique de santé à l'école intègre ainsi des enjeux d'éducation à la santé, en complément des stratégies de repérage des troubles, des maladies et des mauvais traitements chez les élèves.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé se définit comme « un état de complet bien-être psychique, mental et social » et ne consiste pas seulement en « une absence de maladie ou d'infirmité »⁽¹⁾. La politique de santé scolaire tient compte de cette acception extensive de la santé : elle n'a pas seulement pour objectif de repérer et d'accompagner les élèves rencontrant des difficultés de santé ; elle implique la recherche du bien-être de tous les élèves afin de leur offrir les meilleures conditions d'apprentissage et de développement.

En France, la politique de santé scolaire est assurée par les personnels de l'éducation nationale que sont en premier lieu les médecins et les infirmiers scolaires, mais aussi les assistants de service social et les psychologues de l'éducation nationale dont l'expertise porte moins sur les aspects médicaux de la santé des élèves que sur leur bien-être psychique et social. Ce sont ainsi 20 000 agents publics qui participent quotidiennement à l'accompagnement et à la prise en charge des difficultés diverses que peuvent rencontrer les douze millions d'élèves scolarisés en France.

(1) Constitution de l'OMS, 1946

L'école est ainsi un formidable vecteur de suivi sanitaire de la population, puisqu'elle permet aux pouvoirs publics d'observer l'état de santé des élèves de toutes les classes d'âges et d'éventuellement identifier l'émergence de problématiques de santé publique. C'est aussi le lieu idéal pour mettre en place des politiques de prévention et d'éducation à la santé dès le plus jeune âge, et de développer ainsi les compétences psycho-sociales des futurs citoyens.

Si la vocation de l'école n'est pas de devenir un lieu de soin mais de rester avant tout tournée vers la pédagogie et les enseignements, mettre l'accent sur la santé et le bien-être des élèves contribue à garantir l'accès de chacun à la scolarité, à améliorer le climat scolaire et à accompagner la scolarité des élèves à besoins éducatifs particuliers.

En effet, la politique de santé scolaire doit également être au cœur du développement de l'école inclusive, dont l'objectif est de garantir l'accueil de tous les enfants dans le milieu scolaire dit ordinaire, en mettant en place des aménagements visant à adapter l'école aux besoins particuliers de chaque élève. De fait, les personnels de santé scolaire sont largement sollicités pour favoriser l'inclusion des élèves en situation de handicap ou souffrant d'une maladie chronique.

Pourtant, malgré des objectifs ambitieux, des personnels fortement impliqués et le constat partagé de son importance, la politique de santé à l'école peine à pleinement prendre en charge ses missions. Au sein du ministère de l'éducation nationale, la priorité est toujours donnée à l'instruction, qui reste la mission centrale de l'enseignement scolaire. Le rapporteur spécial considère néanmoins que la place de la santé scolaire dans les politiques éducatives devrait être largement revalorisée. Dans la mesure où tout problème de santé chez un enfant affecte nécessairement sa réussite scolaire, leur repérage et leur prise en charge précoce permettent de mettre en place des solutions pédagogiques adaptées. Par ailleurs, la présence de personnels formés à l'accompagnement des élèves à besoins éducatifs particuliers est également un vecteur de renforcement de l'attractivité du métier des enseignants, en rompant leur isolement face aux situations difficiles et en leur proposant le soutien d'adultes compétents.

Alors même que les besoins des élèves en matière de santé ne font que progresser (I), le rapporteur spécial constate que l'on ne peut se satisfaire d'une politique de santé scolaire qui ne parvient pas à remplir correctement ses objectifs (II). Une réforme du pilotage et de l'organisation de la politique de santé à l'école est donc nécessaire (III).

I. LA SANTÉ À L'ÉCOLE : UNE APPROCHE ESSENTIELLE POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DES ÉLÈVES

Alors même que les besoins des élèves en matière de santé sont grandissants, une politique de santé scolaire performante constitue l'une des conditions nécessaires de leur épanouissement au sein de l'école comme en dehors.

A. LES BESOINS DE SANTÉ DES ÉLÈVES SONT GRANDISSANTS

La politique de santé scolaire doit permettre d'accueillir et de repérer au sein de l'école des élèves qui souffrent de troubles divers, mais aussi les élèves en souffrance psychique, ainsi que les élèves en situation de handicap dans le cadre de l'école inclusive.

1. Les élèves peuvent rencontrer divers problèmes de santé dont l'occurrence doit être suivie au niveau national

Dans le cadre de ses travaux, le rapporteur spécial a constaté, à l'instar du Conseil économique, social et environnemental (CESE) en 2018, qu'il « persiste en France un manque de données épidémiologiques sur l'état de santé des enfants scolarisés »⁽¹⁾.

Entre 1999 et 2017, des **enquêtes nationales de santé en milieu scolaire** étaient réalisées par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé, en partenariat avec le ministère de l'éducation nationale, sur les élèves des classes de grande section de maternelle, de CM2 et de troisième. La dernière enquête a eu lieu en 2017 et, selon les éléments transmis par la direction générale de la santé (DGS) au rapporteur spécial, il n'est pas prévu de les renouveler.

Cette situation est regrettable dans la mesure où **la recherche épidémiologique en milieu scolaire permet de saisir l'état de santé global de toute une population d'une même classe d'âge**, et donc d'orienter la politique de santé publique en général, et la politique de santé scolaire en particulier, sur les besoins réels des élèves. Le rapporteur spécial recommande donc de reprendre la réalisation de telles enquêtes, selon un rythme régulier, **en y associant les personnels de santé scolaire** qui, grâce à leur travail quotidien auprès des élèves, pourraient participer au recueil de données chiffrées pour la recherche épidémiologique sur l'état de santé des enfants et des jeunes.

Recommandation n° 1. Reprendre les enquêtes épidémiologiques nationales sur la santé des enfants et des adolescents en milieu scolaire.

De manière générale, **la majorité des élèves en France, enfants comme adolescents, sont en bonne santé.**

(1) CESE, *Pour des élèves en meilleure santé*, 2018.

● Les **maladies chroniques** sont rares chez les enfants. Toutefois, deux pathologies font exception : l’asthme, qui concerne 11 % des élèves, et le surpoids et l’obésité, qui touchent respectivement 18 % et 5 % des élèves ⁽¹⁾. Selon les informations communiquées au rapporteur spécial par la DGS, les enfants français ont globalement une moindre activité physique que leurs voisins européens : 38 % des enfants de 11 ans ont une activité physique intense (4 fois par semaine) contre 48,5 % pour la moyenne des pays.

● Les **troubles sensoriels**, qui affectent notamment la vue et l’audition, ont des conséquences sur les premiers apprentissages fondamentaux et doivent donc être détectés précocement. Ainsi, une déficience de l’acuité auditive qui n’est pas détectée très tôt a des conséquences sur le développement du langage, et très souvent, des troubles de l’audition sont détectés tardivement chez les enfants en échec scolaire ⁽²⁾.

● Les enfants sont également touchés par des **troubles neuro-développementaux**, qui se caractérisent par une perturbation du développement cognitif ou affectif (autisme, déficience intellectuelle, trouble de l’attention, troubles du langage ou des coordinations).

Parmi ceux-ci, les **troubles « dys »**, qui désignent des troubles d’apprentissage cognitifs, regroupent la dyscalculie, la dyschromie, la dysgraphie, la dyslexie, la dysorthographe, la dysphasie, etc. Ils toucheraient 6 à 8 % de la population.

S’ils sont repérés précocement, ces troubles peuvent faire l’objet d’un bilan réalisé par un professionnel de santé qui, après avoir posé un diagnostic, peut orienter l’enfant vers un spécialiste pour améliorer ou compenser les fonctions déficientes. **En l’absence de diagnostic ou de prise en charge adaptée, les difficultés rencontrées par ces enfants peuvent conduire à les diriger vers les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), contribuant à l’inflation des notifications prescrivant l’aide d’un accompagnant d’élève en situation de handicap (AESH), alors qu’une solution tournée vers le soin aurait été plus pertinente** ⁽³⁾.

● Les élèves peuvent également être **victimes de violences intrafamiliales, morales, physiques ou sexuelles**, qui ont des conséquences dramatiques sur leur construction psychique. L’école concourt activement à la **politique interministérielle de protection de l’enfance**, car elle constitue un lieu privilégié d’observation, de repérage et d’évaluation des difficultés personnelles, familiales et sociales des enfants. L’éducation nationale constitue ainsi la **première source d’émission des informations préoccupantes**, procédure par laquelle l’agent qui

(1) DREES, « En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale », *Études & Résultats*, Août 2019.

(2) CESE, *op. cit.*

(3) *Ibid.*

souhaite alerter sur la situation d'un élève en danger ou en risque de danger saisis le conseil départemental ⁽¹⁾.

La violence peut également s'exercer **hors du cercle familial**, et notamment à l'école, notamment **sous la forme de harcèlement et de cyber-harcèlement**. L'école a donc la responsabilité de prévenir ces comportements, mais aussi d'enclencher une réponse adaptée lorsqu'ils sont constatés.

● Chez les adolescents, **les addictions et la consommation de drogues** doivent faire l'objet d'une attention particulière. Les niveaux de consommation de tabac, d'alcool et de cannabis sont en baisse depuis le début des années 2000. En 2022, pour la première fois, moins de la moitié des jeunes de 17 ans ont déjà expérimenté le tabac (60 % en 2017) et 15,6 % d'entre eux sont des consommateurs quotidiens de tabac (25,1 % en 2017). Concernant le cannabis, 3,8 % des jeunes de 17 ans en consomment régulièrement, contre 7,2 % en 2017.

Si l'on peut se réjouir de cette diminution globale de la consommation de produits addictifs, il convient néanmoins de noter qu'elle **dissimule des situations contrastées**. Ainsi, les **alcoolisations ponctuelles importantes** restent élevées : plus d'un tiers des jeunes interrogés au cours du mois précédant l'enquête. La consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis est aussi nettement supérieure à la moyenne **chez les jeunes sortis du système scolaire ou en apprentissage**. Par ailleurs, la forte hausse de **l'usage de la cigarette électronique**, notamment chez les jeunes filles, est inquiétante ⁽²⁾.

● Les **questions de santé sexuelle** doivent également faire l'objet d'un suivi attentif chez les adolescents. Ils sont en effet particulièrement exposés à la **recrudescence des infections sexuellement transmissibles (IST)** ⁽³⁾. La prévention doit également concerner les **grossesses précoces** (environ 150 naissances par an pour des mères de moins de 15 ans ⁽⁴⁾ et 5 interruptions volontaires de grossesse pour 1 000 femmes âgées de 15 à 17 ans ⁽⁵⁾).

On constate enfin l'émergence de problématiques nouvelles chez les enfants et les adolescents, telle que **l'addiction aux écrans et aux réseaux sociaux** ainsi que son impact sur le sommeil et les capacités de concentration des élèves.

(1) Mme Perrine Goulet, Rapport d'information de la mission d'information créée par la Conférence des présidents sur l'aide sociale à l'enfance, Assemblée nationale, n° 2110 (XV^e législature), 3 juillet 2019.

(2) Observatoire français des drogues et des tendances addictives, Résultat 2022 de l'enquête sur la santé et les comportements lors de la préparation à la défense (ESCAPAD), Mars 2023.

(3) Santé publique France, « Infections sexuellement transmissibles (IST) : Préservatif et dépistage, seuls remparts contre leur recrudescence, Juillet 2018.

(4) Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire, « Les grossesses à l'adolescence en France », Octobre 2016.

(5) DREES, « Interruptions volontaires de grossesse : la baisse des taux de recours se poursuit chez les plus jeunes en 2021 », Études & Résultats, Septembre 2022.

2. La dégradation inquiétante de la santé psychique des élèves

Les élèves peuvent souffrir de troubles psychiques et de difficultés psychologiques ayant des conséquences importantes sur leur bien-être au quotidien et sur leur capacité d'apprentissage dans le cadre scolaire.

Selon les enquêtes réalisées avant la crise sanitaire, **entre 10 et 20 % des jeunes âgés de 15 à 25 ans présentaient des troubles psychiques** ⁽¹⁾. La moitié des troubles mentaux se déclarent avant l'âge de 14 ans, et les trois quarts des pathologies psychiatriques débutent avant l'âge de 25 ans ⁽²⁾ : leur prévention, leur repérage et leur diagnostic précoces constituent donc des enjeux essentiels pour les élèves. Par ailleurs, **le suicide est responsable de la mort de près 400 adolescents par an en France** ⁽³⁾.

La crise liée à la pandémie de Covid-19 a marqué un tournant en matière de prise en considération de la santé mentale des élèves. Dès les premières enquêtes relatives à l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de Covid-19 (COVIPRED) sur la santé mentale des Français, la dégradation la plus importante était observée chez les plus jeunes ⁽⁴⁾. Selon la Défenseure des droits, « la crise sanitaire [a] agi davantage comme un révélateur que comme un créateur de mal-être chez les enfants » ⁽⁵⁾ : le repli sur le noyau familial, la désocialisation, la confrontation à la mort, les bouleversements de la vie quotidienne ont provoqué des pertes de repères et de confiance dans les adultes référents.

Ainsi, **les troubles dépressifs ont augmenté**, en particulier chez les adolescents chez qui on observe un doublement de leur prévalence, de même que les troubles anxieux et notamment les phobies sociales ⁽⁶⁾, et **les phobies scolaires ont été aggravées sous l'effet de la succession des séquences de confinement et de déconfinement**. Les périodes de confinement ont aggravé les risques d'addictions, du fait d'une consommation accrue d'écrans et de substances psychoactives ⁽⁷⁾.

Ces difficultés ont été observées tout au long des années 2021 et 2022. L'impact reste encore aujourd'hui majoritairement observé sur le versant dépressif des troubles de santé mentale, en particulier chez les jeunes filles ⁽⁸⁾. **Les conduites suicidaires – idées suicidaires ou passages à l'acte – restent encore en 2023 à des niveaux plus élevés qu'avant la crise sanitaire** ⁽⁹⁾.

(1) Réponses de la DGS au questionnaire envoyé par le rapporteur spécial.

(2) CESE, *op. cit.*

(3) Réponses de la DGS au questionnaire envoyé par le rapporteur spécial.

(4) *Ibid.*

(5) Défenseur des droits (DDD), *Santé mentale des enfants : le droit au bien-être*, Octobre 2021.

(6) DREES, « Confinement du printemps 2020 : une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les 15-24 ans », 2021.

(7) DDD, *op. cit.*

(8) Réponses de la DGS au questionnaire envoyé par le rapporteur spécial.

(9) Santé publique France, *Santé mentale. Point mensuel du 3 avril 2023.*

L'ensemble des personnes auditionnées par le rapporteur spécial lors de ses travaux ont témoigné d'une dégradation inquiétante de la santé psychique des élèves depuis la crise sanitaire. Les infirmières de l'éducation nationale rencontrées ont notamment fait part d'une **augmentation des passages à l'infirmerie chez les adolescents pour des motifs psychosomatiques – douleurs abdominales, céphalées –, des idées noires ou encore des élèves en crise suicidaire**. Elles ont également indiqué au rapporteur spécial avoir constaté une augmentation des conduites à risques : consommation d'alcool ou de stupéfiants, activités sexuelles risquées, etc.

Dans le premier degré, les professionnels rencontrés par le rapporteur spécial lui ont fait part d'une **recrudescence des troubles du développement liés à l'utilisation excessive des écrans**, ainsi que d'addictions aux écrans, mais aussi des **symptômes dépressifs ou anxieux à de très jeunes âges**, en lien avec des troubles du sommeil et de l'alimentation.

3. Avec l'école inclusive, les enfants à besoins éducatifs particuliers doivent bénéficier d'un accompagnement spécifique

L'école inclusive est **une démarche visant à rendre accessible l'école ordinaire à tous les enfants, quelles que soient leurs difficultés (handicap, maladie chronique, troubles de l'apprentissage, etc.), en adaptant l'environnement scolaire pour rendre possible leur accueil**.

La démarche d'inclusion au sein de l'école est initiée en France avec la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ⁽¹⁾, qui proclame un **droit à la scolarisation**. Elle est ensuite renforcée par la loi du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République ⁽²⁾ qui dispose pour la première fois que **le service public de l'éducation « veille à l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction »**. La loi du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance ⁽³⁾ **consacre également un chapitre à l'école inclusive et améliore notamment l'accompagnement humain des enfants en situation de handicap**.

L'école inclusive vise donc la scolarisation de tous les enfants, quelles que soient leurs difficultés de santé ou d'apprentissage. La démarche repose sur **l'individualisation et la personnalisation du parcours des élèves**, pour leur permettre d'évoluer dans le cadre de l'école ordinaire, tout en tenant compte de leurs singularités et de leurs besoins éducatifs particuliers.

(1) Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

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

(3) Loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance.

Plusieurs outils sont utilisés pour répondre aux besoins éducatifs particuliers des élèves :

– le **projet d'accueil individualisé (PAI)** : il concerne les élèves atteints de maladie chronique, d'allergie ou d'intolérance alimentaire. Il s'agit d'un document écrit qui précise, pour ces élèves, les traitements médicaux ou les régimes spécifiques liés aux intolérances alimentaires dont ils doivent bénéficier durant les temps scolaires et périscolaires. Il indique également comment, en cas d'hospitalisation de l'élève ou de maintien à domicile, les enseignants de l'école veillent à assurer le suivi de sa scolarité ;

– le **projet personnalisé de scolarisation (PPS)** : il concerne les enfants en situation de handicap pour lesquels la MDPH s'est prononcée. Il prend la forme d'un document écrit qui organise le déroulement de la scolarité de l'élève handicapé et assure la cohérence et la qualité des accompagnements et des aides nécessaires à partir d'une évaluation de sa situation et de ses besoins ;

– le **plan d'accompagnement personnalisé (PAP)** : il concerne tout élève présentant des difficultés scolaires durables en raison d'un trouble des apprentissages de bénéficier d'aménagements et d'adaptations de nature pédagogique. Il s'agit d'un document écrit qui définit les aménagements et adaptations pédagogiques dont bénéficie l'élève.

Ces supports, qui permettent la scolarisation des élèves grâce à l'individualisation de leur parcours, supposent l'intervention et le suivi des personnels de santé scolaire. En particulier, les médecins scolaires rédigent les PAI, font partie des équipes de suivi de scolarisation des élèves en situation de handicap et participent à l'évaluation des PPS ; ils participent également au diagnostic des troubles de l'apprentissage chez les enfants et sont associés à l'élaboration des PAP.

Ainsi, le développement de l'école inclusive conduit à une individualisation de plus en plus importante des parcours scolaires des élèves pour s'adapter à leurs besoins et sollicite de manière importante les personnels de santé scolaire.

B. LA POLITIQUE DE SANTÉ SCOLAIRE PERMET DE RÉPONDRE À CES BESOINS

Le développement d'une politique de santé scolaire vise à favoriser la réussite scolaire des élèves et à réduire les inégalités en matière de santé. Elle s'appuie sur quatre catégories de personnels qui concourent tous à assurer des conditions de bien-être physique et psychique aux élèves. Elle est pilotée par le ministère de l'éducation nationale, en partenariat avec le ministère de la santé.

1. La santé à l'école vise à favoriser la réussite scolaire des élèves et réduire les inégalités en matière de santé

En France, l'histoire de la santé scolaire est ancienne ⁽¹⁾. Dès le Premier Empire, des **visites de contrôle** sont organisées par les préfets au sein des collèges et lycées. Par la suite, la question sanitaire est confiée aux communes : la loi Guizot de 1833 ⁽²⁾ confie à un comité communal la **mission de veiller à la salubrité des écoles publiques et privées**. La loi Goblet du 30 octobre 1886 relative à l'enseignement primaire ⁽³⁾ donne aux médecins-inspecteurs communaux ou départementaux une **mission d'inspection sanitaire des écoles**. La législation relative à la santé scolaire évolue ensuite dans les années 1930 et un décret du 17 juin 1938 instaure un **contrôle médical dans les collèges, les lycées et à l'université**.

C'est néanmoins à la Libération que la santé scolaire, telle qu'elle existe encore aujourd'hui, a commencé à se structurer, sur le fondement de l'ordonnance du 18 octobre 1945 ⁽⁴⁾, qui crée un **service national d'hygiène scolaire et universitaire, sous la responsabilité du ministère de l'éducation nationale**, dans le but de **systématiser les visites médicales des élèves, étudiants et personnels**. Elle instaure la visite médicale obligatoire de la 6^e année de l'enfant et des examens périodiques au cours de la scolarité et impose la création de centres médico-scolaires dans toute commune de plus de 5 000 habitants.

Par la suite, la santé scolaire a longtemps oscillé entre un rattachement à l'éducation nationale et au ministère de la santé. Toutefois, à partir des années 1980, la préoccupation croissante en faveur de la promotion de la santé par la communauté éducative conduit à **maintenir les services de santé scolaire sous la responsabilité du ministère de l'éducation nationale**.

Héritière de ces évolutions historiques, la politique de santé scolaire a pour atout principal une **approche globale et pluridisciplinaire de la santé de l'ensemble des élèves, en lien avec les équipes pédagogiques**. Elle repose sur deux objectifs majeurs : la **réussite scolaire de tous les élèves** et la **réduction des inégalités en matière de santé**, notamment pour les élèves les plus éloignés du secteur médico-social.

(1) *Cour des comptes, Communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale, avril 2020.*

(2) *Loi du 28 juin 1933 sur l'instruction primaire.*

(3) *Loi du 30 octobre 1886 portant sur l'organisation de l'enseignement primaire.*

(4) *Ordonnance n° 45-2407 du 18 octobre 1945 relative à 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.*

Aujourd'hui, l'article L. 121-4-1 du code de l'éducation **inclut la promotion de la santé parmi les objectifs et les missions du service public de l'enseignement**. Cette mission implique :

- « 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 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 ». Au regard des missions et des objectifs ainsi assignés à la santé scolaire, le rapporteur spécial souhaite rappeler que **l'école n'est pas un établissement de santé et ne saurait le devenir**. Sa vocation première reste la pédagogie et l'enseignement : **la politique de santé à l'école se justifie par sa capacité à favoriser la réussite scolaire des élèves, et ne peut pas se substituer à l'offre de soins médicaux et paramédicaux disponibles dans le secteur libéral ou hospitalier**. Dès lors, les missions des personnels de santé scolaire et des équipes pédagogiques doivent pouvoir se concentrer sur le repérage, le diagnostic et l'accompagnement des difficultés de santé des élèves, mais ne peuvent pas mener au traitement médical, au sein de l'école, des problématiques identifiées.

La politique de santé scolaire dans les établissements privés sous contrat

La mission de promotion de la santé qui incombe au ministère de l'éducation nationale concerne l'ensemble des élèves, qu'ils soient inscrits dans des établissements publics ou privés.

Néanmoins, si les personnels médicaux et infirmiers peuvent être amenés à intervenir dans des établissements privés d'enseignement, ils ne peuvent pas y être affectés. Pour les établissements privés sous contrat du second degré, il revient aux chefs d'établissements de recourir à des personnels de santé recrutés par leurs soins. Leur rémunération peut être partiellement prise en compte dans le cadre de la subvention globale versée par l'État au titre du forfait d'externat.

Selon les informations communiquées au rapporteur spécial, le ministère de l'éducation nationale ne dispose que de peu de données sur la couverture de l'enseignement privé sous contrat par la politique de santé scolaire.

Le présent rapport fait le choix de se concentrer sur l'enseignement public, mais le rapporteur spécial se réserve le soin de prolonger sa réflexion concernant les problématiques particulières d'application de la politique de santé scolaire dans l'enseignement privé sous contrat.

2. Les personnels de santé scolaire et leurs missions

Les personnels agissant au service de la santé à l'école, entendue au sens large, sont les médecins de l'éducation nationale, les infirmiers de l'éducation nationale, les assistants de service social (ASS) et les psychologues de l'éducation nationale (psyEN).

a. Les médecins de l'éducation nationale

Le **corps des médecins de l'éducation nationale** a été créé par le décret du 27 novembre 1991 ⁽¹⁾. Il s'agit d'un corps de fonctionnaires de catégorie A. Les médecins de l'éducation nationale sont recrutés par concours. Pour candidater, ils doivent être titulaires d'un diplôme permettant l'exercice de la profession de médecin. **Les médecins scolaires sont généralement des médecins généralistes, des médecins de santé publique ou des pédiatres.**

Les missions des médecins de l'éducation nationale sont définies par le décret du 27 novembre 1991 et par la circulaire du 10 novembre 2015 ⁽²⁾. Cette dernière établit **trois grandes catégories de missions pour ces fonctionnaires** :

– le **suivi individualisé des élèves**, à certaines étapes obligatoires de la scolarité (bilan obligatoire de la 6^e année de l'enfant, visite médicale préalable à l'affectation de l'élève mineur aux travaux réglementés), ou à tout moment de la scolarité pour les élèves à besoins éducatifs particuliers ou en cas de situation

(1) Décret n° 91-1195 du 27 novembre 1991 portant dispositions statutaires applicables au corps des médecins de l'éducation nationale et à l'emploi de médecin de l'éducation nationale - conseiller technique.

(2) Circulaire n° 2015-118 du 10 novembre 2015 relative aux missions des médecins de l'éducation nationale.

préoccupante (sur demande de l'équipe éducative, des parents ou de l'enfant lui-même) ;

– la **promotion de la santé**, en participant au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), en surveillant l'environnement scolaire (locaux, installations sanitaires, restaurations collectives), en contribuant à la formation des personnels au sein des établissements scolaires, et en recueillant des données de santé ;

– les **actions spécifiques en direction de la communauté éducative**, en intervenant lors de la survenue de maladies transmissibles en milieu scolaire ou lors de la survenue d'événements graves dans la communauté scolaire.

Ils sont affectés dans les **directions départementales des services de l'éducation nationale** (DDSEN), et exercent leurs missions sur un secteur géographique comprenant plusieurs écoles, collèges et lycées.

b. Les infirmiers de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur

Les infirmiers scolaires appartiennent au **corps des infirmiers de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur**, dont les dispositions statutaires sont prévues par le décret du 9 mai 2012 ⁽¹⁾. Depuis 2012, il s'agit d'un corps de fonctionnaires de catégorie A.

Les missions des infirmiers scolaires sont définies par une circulaire du 10 novembre 2015 ⁽²⁾. À l'instar des médecins de l'éducation nationale, ces missions relèvent de **trois grandes catégories** :

– le **suivi individualisé des élèves**, au travers de l'accueil et de l'accompagnement dans le cadre de la consultation infirmière spécifique, du dépistage infirmier de la 12^e année de l'enfant, du suivi infirmier mis en place lorsque l'infirmier l'estime nécessaire, du suivi des élèves signalés par les membres de l'équipe, des élèves des établissements ruraux ou des réseaux d'éducation prioritaire (REP), du suivi des problèmes de santé complexes ou chroniques et des élèves à besoins particuliers, et dans le cadre de la protection de l'enfance ;

– la **promotion de la santé**, au travers des actions d'éducation à la santé à destination des élèves, de la formation des personnels de l'éducation nationale, et de l'observation et de la surveillance épidémiologique ;

– les **activités spécifiques**, par l'organisation des soins et des urgences, par la gestion des événements traumatiques, et par la mise en place de mesures prophylactiques de protection individuelle ou collective en cas de maladies transmissibles en milieu scolaire.

(1) Décret n° 2012-762 du 9 mai 2012 portant dispositions statutaires communes aux corps d'infirmiers de catégorie A des administrations de l'État.

(2) Circulaire n° 2015-119 du 10 novembre 2015 relative aux missions des infirmiers de l'éducation nationale.

Les infirmiers de l'éducation nationale sont dépositaires du secret professionnel.

Les infirmiers de l'éducation nationale sont **majoritairement affectés dans les établissements publics locaux d'enseignement (EPLÉ) ou en poste dit « interdegrés »**, c'est-à-dire dans un collège et dans les écoles relevant de son secteur de recrutement. Ils travaillent sous l'autorité du chef d'établissement d'affectation.

La circulaire du 10 novembre 2015 prévoit que **la présence d'un infirmier est prioritaire** dans les EPLÉ comportant un internat ou des sections d'enseignement professionnel ou technologique, dans les EPLÉ ayant une section d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA) ou une unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS), dans les écoles et les EPLÉ de chaque réseau d'éducation prioritaire, et dans certaines zones rurales.

Les chefs d'établissement doivent mettre à disposition des infirmiers qui sont affectés à leur EPLÉ des locaux de nature à respecter la confidentialité des entretiens et la protection du secret professionnel ainsi que le matériel adapté à leurs missions.

c. Les assistants de service social

Les assistants sociaux travaillant au sein du ministère de l'éducation nationale appartiennent au **corps des assistants de service social des administrations de l'État (ASSAE)** dont les dispositions statutaires sont organisées par le décret du 10 mai 2017 ⁽¹⁾. Il s'agit d'un corps de fonctionnaires de catégorie A.

Leurs missions sont définies par une circulaire du 22 mars 2017 ⁽²⁾ relative au service social en faveur des élèves. Celui-ci a pour objectif d'aider l'élève à construire son projet personnel afin de lui permettre une entrée aussi satisfaisante que possible dans la vie d'adulte, et œuvre par une approche globale à **l'amélioration de la qualité de vie des élèves au plan social, familial, sanitaire, économique, culturel, et à lui assurer des conditions favorables à sa réussite, grâce à un climat scolaire serein.**

Plus spécifiquement, les assistants de service social de l'éducation nationale :

– contribuent à la **prévention de l'échec scolaire, de l'absentéisme et du décrochage** en proposant un accompagnement social et en facilitant, si besoin, l'intervention précoce d'autres services spécialisés ;

– contribuent à la **protection de l'enfance et des mineurs en danger** ;

(1) Décret n° 2017-1051 du 10 mai 2017 portant statut particulier du corps interministériel des assistants de service social des administrations de l'État.

(2) Circulaire n° 2017-055 du 22 mars 2017 relative aux missions du service social en faveur des élèves.

- contribuent à **l'amélioration du climat scolaire** en participant à la prévention des violences et du harcèlement sous toutes leurs formes ;
- participent à **l'éducation à la santé et à la citoyenneté** ;
- concourent à **l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap ou à besoins particuliers** ;
- participent à **l'orientation des élèves** ;
- **soutiennent et accompagnent les parents dans leur fonction éducative** en concourant notamment au renforcement de la coopération entre l'école et les parents.

Les assistants sociaux sont **affectés au sein des directions académiques des services départementaux de l'éducation nationale et interviennent sur un secteur comprenant un ou plusieurs établissements du second degré**. La couverture exhaustive du département n'est pas recherchée et certains établissements sont prioritaires : les collèges des réseaux d'éducation prioritaire ; les collèges du secteur rural accueillant des élèves issus de milieux sociaux défavorisés ; les collèges disposant d'une SEGPA, d'une ULIS ou d'une unité pédagogique pour élèves allophones arrivants (UPE2A) ; les lycées professionnels ; les établissements avec internat.

d. Les psychologues de l'éducation nationale

Le corps des psychologues de l'éducation nationale a été créé par le décret du 1^{er} février 2017 ⁽¹⁾. Il réunit deux professions existant auparavant :

- les **psychologues scolaires, qui exerçaient dans le premier degré**, étaient des instituteurs ou des professeurs des écoles titulaires du diplôme d'État de psychologue scolaire ;
- les **conseillers d'orientation psychologues, exerçant dans le second degré** et dans les centres d'information et d'orientation (CIO).

Le corps des psyEN conserve néanmoins une structure reflétant son histoire. Les fonctionnaires qui l'intègrent doivent en effet choisir entre deux spécialités :

- la **spécialité « éducation, développement et apprentissages » (EDA)** qui s'exerce dans le premier degré ;
- la **spécialité « éducation, développement et conseil en orientation scolaire et professionnelle » (EDO)** qui s'exerce auprès des collégiens, des lycéens et des étudiants.

(1) Décret n° 2017-120 du 1^{er} février 2017 portant dispositions statutaires relatives aux psychologues de l'éducation nationale.

Les psyEN ont ainsi des missions communes, mais aussi des missions et des cadres d'exercice propres à chaque spécialité.

- Les **missions communes** à l'ensemble des psychologues de l'éducation nationale relèvent de l'**accompagnement visant la réussite et l'épanouissement des élèves** : ils étudient la situation des enfants et des adolescents dont ils ont la charge ; ils conduisent des entretiens permettant l'analyse des besoins des élèves et réalisent les bilans psychologiques appropriés ; ils élaborent et construisent des modalités de suivi psychologique adaptées et contribuent à la conception de réponses pédagogiques ; ils promeuvent les initiatives en matière de prévention des phénomènes de violence, de lutte contre les discriminations et de promotion de l'égalité.

- **Au sein de la spécialité EDA**, les psyEN contribuent à l'**acquisition des apprentissages fondamentaux par les élèves**, favorisent leur développement psychologique et leur socialisation, et interviennent auprès des élèves exigeant une attention particulière et approfondie, rencontrant des difficultés ou en situation de handicap en participant à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de mesures d'aide individuelle ou collective appropriées à leur situation.

- **Au sein de la spécialité EDO**, les psyEN mobilisent leurs compétences au service de l'**élaboration progressive des projets d'orientation et de formation des élèves** ; ils interviennent dans la lutte contre toutes les formes de ruptures scolaires et participent à l'information et au premier accueil de toute personne en recherche de solutions pour son orientation ; ils contribuent, au sein de l'équipe éducative de l'établissement, au développement psychologique et à la socialisation des adolescents, à la réussite et à l'investissement scolaires de tous les élèves.

Les psychologues de l'éducation nationale recrutés depuis 2017 sont titulaires d'un master en psychologie et disposent donc tous des mêmes compétences. Après leur admission au concours, ils doivent faire le choix de l'une ou l'autre des deux spécialités. Ils ne pourront pas revenir sur ce choix et, selon les informations communiquées au rapporteur spécial, **il n'existe aucune passerelle permettant de passer d'une spécialité à l'autre en cours de carrière.**

Si le rapporteur spécial conçoit que chacune des spécialités nécessite une formation spécifique, il s'étonne néanmoins d'imposer aux personnels un choix définitif qui ne peut évoluer en fonction de leurs affinités et de leur expérience.

Recommandation n° 2. Permettre le passage des psyEN d'une spécialité à l'autre afin de dynamiser leur carrière.

S'agissant des missions assignées aux psyEN, le rapporteur spécial constate qu'elles résultent d'une histoire parfois compliquée et d'une reconnaissance tardive des compétences de ces personnels. **Il s'interroge néanmoins sur la non-priorisation de la prise en charge des élèves en situation de détresse psychologique dans les textes officiels organisant les missions de ces personnels.**

En effet, leur formation de psychologue en fait les acteurs de premier choix pour accueillir la parole des élèves en difficulté. Pourtant, comme l'ont indiqué certains représentants des psyEN au rapporteur spécial, **si la réponse aux élèves présentant des signes de souffrance psychique fait partie de leurs missions, l'information à l'orientation a tendance à être privilégiée par les directions académiques au niveau départemental.**

Comme l'ont également souligné les représentants des psyEN, l'orientation et le travail sur l'avenir sont des éléments essentiels à la construction psychologique des élèves en tant que futurs adultes. **Le rapporteur spécial s'associe à cette conception du métier de psychologue de l'éducation nationale en tant qu'accompagnateur de l'élève dans la prise en main de sa scolarité et de son orientation.**

Toutefois, au regard des données disponibles sur la situation psychologique des élèves, enfants comme adolescents, et des témoignages recueillis auprès des représentants des différentes professions de la santé scolaire, **le rapporteur spécial s'étonne que la réponse d'urgence aux difficultés psychiques des élèves ne relève pas en premier lieu des psyEN, alors que ce sont les professionnels les mieux formés pour prendre en charge ces situations.** Le fait que les élèves se tournent d'abord vers les infirmiers scolaires et les assistants sociaux, dans la mesure où ces infirmiers et assistants sociaux sont plus souvent présents dans les établissements que les psychologues de l'éducation nationale, ne saurait à lui suffire à justifier le maintien de cette situation.

Le rapporteur spécial souligne donc la nécessité de **privilégier, au sein des missions des psyEN, la prise en charge des élèves en situation de mal-être et de détresse psychologique, dans le premier comme dans le second degré.** Cette priorisation pourrait être favorisée en augmentant le temps de présence des psyEN dans les établissements scolaires et en favorisant le développement d'outils numériques de prise en charge à distance de l'élève, comme la téléconsultation.

Recommandation n° 3. Donner la priorité, au sein des missions des psychologues de l'éducation nationale, à la prise en charge des élèves en situation de mal-être ou de détresse psychologique.

Cette prise en charge doit néanmoins rester ponctuelle et ne peut pas devenir un suivi thérapeutique des élèves. Lorsque la détresse de l'élève appelle une prise en charge sur le moyen ou le long terme, son orientation vers un professionnel libéral, un centre médico-psychologique ou une maison des adolescents est impérative. Or, le rapporteur spécial reconnaît la difficulté à trouver une telle offre de soin dans la mesure où ces structures font face à une surcharge de travail qui leur permet rarement de recevoir de nouveaux patients.

3. L'organisation de la politique de santé à l'école

La question de l'autorité politique et administrative en charge du développement de la santé à l'école a longtemps fait débat et suscite encore aujourd'hui des interrogations.

a. L'autorité politique compétente en matière de santé scolaire

Après la création des services de santé scolaire en 1945, la question d'un rattachement éventuel au ministère de la santé a longtemps fait débat. Dans les années 1960, les services de santé scolaire ont été transférés aux directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS). En 1984, la santé scolaire est de nouveau transférée au ministère de l'éducation nationale, et le corps des médecins de l'éducation nationale est créé en 1991.

En parallèle, **au moment des grandes lois de décentralisations du début des années 1980, la question du rattachement de la santé scolaire au département a donné lieu à d'âpres débats, qui persistent encore aujourd'hui.** La réflexion part de la proximité des missions des médecins scolaires avec celles confiées aux médecins de la protection maternelle et infantile (PMI), et d'une volonté de les regrouper avec les services de l'aide sociale à l'enfance.

Si cette option a été écartée au moment du premier acte de la décentralisation, elle a été réactivée au moment de l'examen de la loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale ⁽¹⁾, dite « 3DS », par un amendement des sénateurs du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain adopté en premier lecture au Sénat.

Cet amendement est devenu l'article 144 de la loi 3DS et **prévoit la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement 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 doit également indiquer 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. D'après les informations communiquées par le ministère de l'éducation nationale au rapporteur spécial, ce rapport est encore en cours d'élaboration et devrait être publié au mois de juin 2023.

Le rapporteur spécial a interrogé les différentes personnes auditionnées sur l'éventualité d'un transfert de la responsabilité des services de santé scolaire aux départements. **Aujourd'hui, les conditions favorables à un tel transfert de compétence ne semblent pas réunies.**

(1) 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.

En premier lieu, la santé scolaire reste une politique publique au service de la réussite des élèves, et concerne à la fois le premier et le second degré. Dès lors, elle ne peut être pleinement assimilée aux services de la PMI et de l'aide sociale à l'enfance au sein des départements.

Par ailleurs, un tel transfert risquerait de complexifier davantage la répartition des compétences en matière de politique éducative entre l'État et les trois échelons de collectivités territoriales – régions, départements et communes – d'ores et déjà responsables de l'équipement des bâtiments scolaires. Il apparaît peu cohérent de confier aux départements l'entière responsabilité de la politique de santé scolaire alors que ces derniers n'interviennent que dans la gestion des collèges.

Enfin, un tel transfert de compétence ne permettrait pas de résoudre la question du pilotage défaillant de la politique de santé scolaire (voir *infra*), qui doit être porté au niveau national **afin de garantir l'égalité entre les élèves en matière de santé.**

Recommandation n° 4. Maintenir la politique de santé scolaire au sein des compétences du ministère de l'éducation nationale.

Si la politique de santé scolaire relève aujourd'hui du ministère de l'éducation nationale, un héritage historique de la III^e République persiste. La loi du 22 juillet 1983 a permis aux collectivités qui disposaient d'un service communal d'hygiène et de santé au moment de son entrée en vigueur de continuer à exercer leurs compétences à titre dérogatoire. Dans ces villes dites « de santé scolaire », le service municipal de santé scolaire exerce, par délégation de l'État, les missions obligatoires fixées par le code de l'éducation. Elles sont au nombre de onze : Antibes Juan-les-Pins, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon, Nantes, Paris, Rennes, Strasbourg, Vénissieux et Villeurbanne.

Le champ d'intervention des services municipaux de santé scolaire varie d'une ville à l'autre, mais ne s'étend pas au-delà du premier degré scolaire, qui reste dans le champ de compétence du ministère de l'éducation nationale. Leur performance globale semble supérieure à celle des services de l'éducation nationale, au prix d'investissement plus conséquents de la part des villes délégataires ⁽¹⁾.

Si ce modèle ne semble pas généralisable à l'échelle nationale, il peut être intéressant, pour les services de l'État, de s'inspirer de certaines bonnes pratiques, notamment en matière de pilotage et d'organisation des équipes de personnels de santé scolaire, souvent pluridisciplinaires.

(1) *Cour des comptes, op. cit.*

Le service de santé scolaire de la ville de Paris

À Paris, le service de santé scolaire est regroupé avec le service de la PMI au sein de la sous-direction « Santé des enfants, parentalité et santé sexuelle » de la direction de la santé publique. Cette approche, possible dans une collectivité territoriale qui est à la fois une commune et un département, permet d’appréhender de manière linéaire le parcours de santé de l’enfant, et notamment les dépistages obligatoires.

Le service de santé scolaire de la ville de Paris prend en charge les enfants âgés de 2 à 10 ans, scolarisés de la maternelle au CM2. Il assure notamment les dépistages obligatoires à l’âge de 3-4 ans et à l’âge de 6 ans. Les taux de réalisation de ces dépistages sont nettement supérieurs à ceux de l’éducation nationale : 79,5 % des enfants de 3-4 ans en ont bénéficié, et 69 % des enfants dans leur sixième année en 2021.

Le service de santé scolaire de la ville de Paris emploie, entre autres, 34 médecins (dont 9 médecins d’encadrement), 28 infirmiers, 27 orthophonistes et psychomotriciens et 23 psychologues.

Le fonctionnement du service de santé scolaire repose sur un trinôme alliant secrétaires, infirmiers, et médecins : les dépistages sont réalisés par les infirmiers qui réalisent ensuite les synthèses avec les médecins pour avis médical, consultation ou orientation si besoin.

En 2022, le coût du service de santé scolaire de la ville de Paris représente 12 millions d’euros. L’État y a contribué à hauteur de 1 930 000 euros. La dépense annuelle par élève est estimée à 107 euros.

b. La stratégie partenariale avec les autorités responsables en matière de santé

La politique de santé scolaire relève aujourd’hui **de la seule compétence du ministère de l’éducation**, qui en assure le pilotage. Néanmoins, l’élaboration et la mise en œuvre de cette politique ne se font pas de manière isolée vis-à-vis des autorités responsables en matière de santé publique.

• **Les relations entre le ministère de l’éducation nationale et le ministère de la santé ont été organisées en 2016** par la signature d’une convention-cadre de partenariat en santé publique afin de formaliser des orientations stratégiques communes telles que le renforcement des parcours entre l’école et la ville, en particulier pour les familles et les jeunes les plus éloignés du système de santé ou la promotion du bien-être psychique et de la santé mentale.

Par ailleurs, l’action du ministère de l’éducation nationale s’inscrit dans le cadre de la stratégie *École promotrice de santé* prévue par la *Stratégie nationale de santé 2018-2022*. Cette stratégie a pour objectif de **renforcer la coordination de l’ensemble des actions de promotion de la santé à visée individuelle et collective, de protection de l’environnement physique et relationnel des élèves, de dépistage et de prise en compte des besoins éducatifs particuliers**. Elle favorise le développement des compétences psychosociales des élèves.

Selon les informations communiquées au rapporteur spécial par la direction générale de la santé, **les contacts entre les deux ministères existent à tous les**

niveaux. En particulier, des réunions techniques des bureaux de la DGESCO et de la DGS permettent de réfléchir à la mise en œuvre d'actions concrètes dans le champ de la promotion de la santé. Ainsi, l'arrêté du 20 août 2021 modifiant l'arrêté du 3 novembre 2015 relatif aux visites médicales en milieu scolaire ⁽¹⁾ a été cosigné par les deux ministres.

Au niveau régional, des conventions sont régulièrement conclues entre les rectorats et les agences régionales de santé (ARS) afin de décliner les priorités et les actions définies à l'échelon national en les adaptant aux besoins et spécificités des territoires. Les ARS n'interviennent pas directement dans les établissements scolaires mais financent des structures associatives chargées d'accompagner les équipes pédagogiques dans le cadre de projets de prévention.

Ces actions menées dans les établissements scolaires sont très diverses :

- actions de prévention des conduites addictives (tabac, alcool, cannabis) et des conduites à risques (risques liés aux écrans, risques auditifs, etc.) ;
- actions liées à la vie affective et sexuelle ;
- actions de développement des compétences psychosociales ;
- actions liées à la nutrition, à l'équilibre alimentaire, à l'activité physique.

Au-delà du financement d'actions de prévention, certaines ARS apportent leur soutien aux services de santé scolaire dans les zones où la démographie médicale est défavorable : vaccination, dépistages obligatoires, orientation des élèves vers des professionnels de santé.

• **Le ministère de l'éducation nationale entretient également des relations étroites avec l'assurance maladie.** Une convention de partenariat a été signée en août 2019 avec la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) afin de mettre en place des programmes de prévention et de contribuer au renforcement de la coordination entre l'ensemble des professionnels autour de la santé de l'enfant et de l'adolescent.

Le ministère s'est ainsi engagé à valoriser le soutien apporté par la CNAM et à l'associer à l'élaboration de ressources et d'outils. La CNAM s'est en contrepartie engagée à **faciliter l'accès des élèves aux offres de prévention et à mettre à disposition des ressources et des moyens facilitant les repérages.** Parmi les projets portés par la convention, on retrouve la prévention de l'hygiène bucco-dentaire auprès des enfants de 6 ans, la prévention de l'obésité chez l'enfant, la prévention et la lutte contre le tabagisme, ou encore la promotion des consultations d'examen de l'enfant, qui sont entièrement prises en charge par l'assurance maladie.

(1) 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.

Les liens qui unissent le ministère de l'éducation nationale au ministère de la santé et à la CNAM ont été considérablement renforcés dans le contexte de la crise sanitaire. En effet, le choix de maintenir les écoles ouvertes au-delà du premier confinement du printemps 2020 a impliqué une forte mobilisation de ces acteurs afin d'assurer le traçage des cas de contamination à la covid-19 et des cas contacts. Le rapporteur spécial encourage vivement le ministère de l'éducation nationale à poursuivre ces partenariats fructueux.

II. LA PERFORMANCE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ SCOLAIRE N'EST PAS À LA HAUTEUR DES ENJEUX

Si des moyens conséquents sont alloués chaque année à la politique de santé scolaire, celle-ci ne parvient pas à atteindre ses objectifs et à remplir ses missions. Cette sous-performance résulte à la fois d'un manque de personnels et d'un pilotage défaillant.

A. MALGRÉ LES MOYENS ALLOUÉS À LA POLITIQUE DE SANTÉ SCOLAIRE, UNE PERFORMANCE DÉCEVANTE

La politique de santé scolaire bénéficie de moyens en progression depuis 2018, sans pour autant parvenir à atteindre ses objectifs.

1. Les moyens alloués à la politique de santé scolaire sont en progression depuis 2018

Les moyens alloués à la politique de santé scolaire sont intégralement portés par la mission budgétaire *Enseignement scolaire*. Il est néanmoins difficile de déterminer avec précision leur montant annuel dans la mesure où ils sont répartis sur plusieurs actions, au sein de plusieurs programmes budgétaires. D'après les calculs réalisés par la commission des finances sur la base des données fournies par le ministère et par le rapport annuel de performances, **les moyens alloués à la politique de santé scolaire se sont élevés, en 2022, à 1,31 milliard d'euros.**

ANALYSE DES MOYENS ALLOUÉS À LA POLITIQUE DE SANTÉ SCOLAIRE EN 2022

(en millions d'euros)

Programme 230 <i>Vie de l'élève</i> Action 02 – <i>Santé scolaire</i>	Titre 2 – Rémunération des médecins et des infirmiers scolaires	595,54
	Titre 3 – Frais de déplacement des médecins et infirmiers scolaires	1,89
	Titre 6 – Subvention forfaitaire versée aux villes de santé scolaire	2,82
	Total	600,25
Programme 230 <i>Vie de l'élève</i> Action 04 – <i>Action sociale</i>	Titre 2 – Rémunération des assistants de service social	218,6
	Titre 3 – Frais de déplacement des assistants de service social	1,73
	Total	220,33
Programme 140 <i>Enseignement scolaire public du premier degré</i> Rémunération des psyEN de la spécialité EDA	Titre 2 – Masse salariale des psyEN du 1 ^{er} degré	262,41
Programme 141 <i>Enseignement scolaire public du second degré</i> Rémunération des psyEN de la spécialité EDO	Titre 2 – Masse salariale des psyEN du 2 nd degré	227,74
Total des moyens alloués à la politique de santé scolaire	Titre 2 – Rémunération des personnels de santé scolaire	1 304,28
	Hors titre 2 – Frais de déplacement et subventions aux villes de santé scolaire	6,45
	Total	1 310,73

Source : Commission des finances d'après RAP 2022 et informations communiquées par le MEN.

L'essentiel des moyens est porté par le programme 230 *Vie de l'élève* au travers de deux actions. L'action 2 *Santé scolaire* finance la **rémunération des médecins et des infirmiers de l'éducation nationale, leur frais de déplacement, ainsi que les subventions forfaitaires versées par l'État aux villes de santé scolaire**. L'action 4 *Action sociale* porte la **rémunération des assistants de service social de l'éducation nationale ainsi que leur frais de déplacement**. Au total, le programme 230 soutient la politique de santé scolaire **à hauteur de 820,58 millions d'euros en 2022**.

Les rémunérations des psychologues de l'éducation nationale ne sont pas portées par le programme 230 mais par les programmes 140 et 141 qui financent l'enseignement public du premier et du second degré. **Les crédits de masse salariale des psyEN du premier et du second degré se sont élevés à 490 millions d'euros en 2022**.

Cette distribution des crédits de rémunération des psychologues de l'éducation nationale sur les deux programmes finançant l'enseignement public résulte de la séparation antérieure entre les psychologues scolaires, issus des effectifs d'enseignants du premier degré, et les conseillers d'orientation-psychologues, qui intervenaient dans le second degré. Toutefois, depuis la création du corps des psychologues de l'éducation nationale en 2017, et malgré les liens étroits que les PsyEN entretiennent avec les équipes pédagogiques, **il n'est plus justifié de financer leur masse salariale sur les programmes budgétaires dédiés au financement de l'enseignement.** En outre, la masse salariale des psyEN n'est pas isolée, dans les documents budgétaires, de la masse salariale des enseignants du premier comme du second degré. Dès lors, la seule lecture des projets et des rapports annuels de performances ne permet pas de déterminer l'ampleur des moyens alloués aux psychologues de l'éducation nationale.

La Cour des comptes, depuis plusieurs années, recommande de faire porter leur rémunération par le programme 230 *Vie de l'élève* qui rassemble les crédits de masse salariale des personnels intervenant en soutien aux élèves (médecins, infirmiers, assistants sociaux, mais aussi conseillers principaux d'éducation et assistants d'éducation).

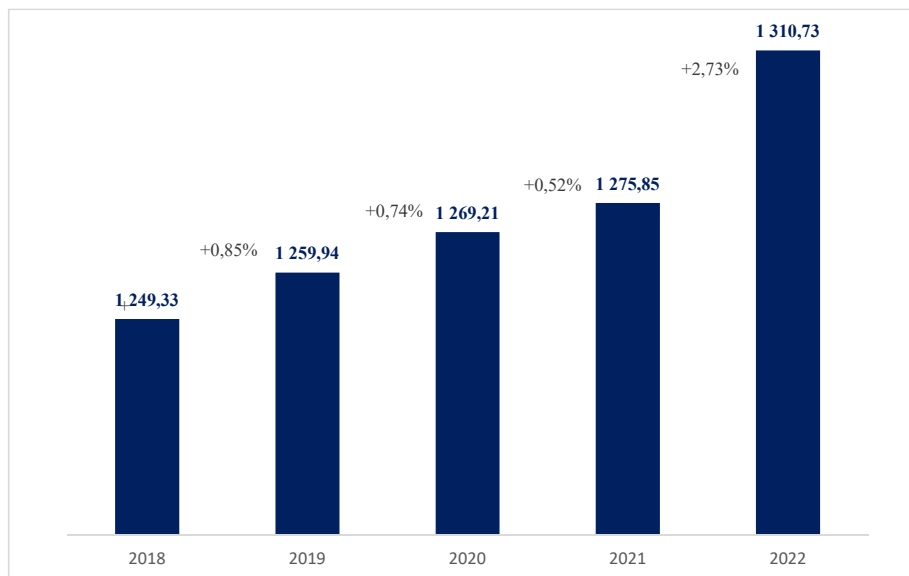
Le rapporteur spécial se joint à cette recommandation de la Cour et demande également que les documents budgétaires précisent la masse salariale et les effectifs des psychologues de l'éducation nationale ainsi que de toutes les catégories de personnels de santé scolaire.

Recommandation n° 5. Regrouper les crédits de masse salariale des psychologues de l'éducation nationale sur le programme 230 *Vie de l'élève*, et préciser, dans les documents budgétaires annexés au projet de loi de finances et au projet de loi de règlement, le montant de ces crédits ainsi que les effectifs des psyEN.

Les moyens alloués à la politique de santé scolaire sont en hausse constante depuis 2018. Ainsi, entre 2018 et 2022, ils ont progressé de 5 %.

ÉVOLUTION DES MOYENS CONSACRÉS À LA POLITIQUE DE SANTÉ SCOLAIRE ENTRE 2018 ET 2022

(en millions d'euros)



Source : Commission des finances d'après RAP 2018, 2019, 2020, 2021 et 2022, et informations communiquées par le MEN.

2. Une performance décevante et une politique qui n'atteint pas ses objectifs

a. Les dépistages obligatoires, pourtant essentiels, ne sont pas systématiquement réalisés

Les dépistages obligatoires sont des moments clés dans le parcours de santé des élèves. Ils sont organisés par l'article L. 541-1 du code de l'éducation et par 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 ⁽¹⁾. Ces dépistages obligatoires sont au nombre de trois :

– un **premier bilan de santé** est organisé à l'école pour tous les enfants **âgés de trois à quatre ans**. En principe, il est effectué par les professionnels de santé du service départemental de la PMI. Toutefois, lorsque le service de PMI n'est pas en mesure de le réaliser, il doit être effectué par les médecins et les infirmiers de l'éducation nationale ;

– une **visite médicale** doit intervenir au cours de la **sixième année de l'enfant**. Elle comprend un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage. Elle est réalisée par le médecin de l'éducation nationale ;

(1) 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

– au cours de la **douzième année de l'enfant**, c'est-à-dire au moment de l'entrée au collège, un **bilan infirmier** est réalisé afin d'analyser les antécédents de santé de l'enfant, de recueillir son sentiment sur ses conditions de vie et de l'amener éventuellement à s'exprimer sur ses difficultés, sa souffrance psychique, son développement pubertaire et ses questionnements relatifs à la sexualité.

Ces différents dépistages ne donnent lieu à aucune contribution financière de la famille de l'enfant. **Les personnes responsables de l'enfant sont tenues, sur convocation administrative, de présenter les enfants à ces visites, sauf si elles sont en mesure de fournir un certificat médical attestant que l'examen correspondant à l'âge de l'enfant a été réalisé par un professionnel de santé de leur choix.** Dans la pratique, il est fréquent que les examens de santé des enfants aient ainsi déjà été réalisés par un pédiatre, un médecin de famille ou leur médecin traitant.

Il est difficile d'obtenir des données fiables sur le taux de réalisation de ces différents dépistages, dans la mesure où le ministère de l'éducation nationale n'organise pas la remontée statistique systématique de ces informations. Il existe un indicateur, dans les documents budgétaires, relatif à la proportion d'élèves des écoles en éducation prioritaire ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur sixième année ; avant 2018, cet indicateur portait sur l'ensemble des élèves, et non seulement sur les élèves des réseaux d'éducation prioritaire (REP). Selon la Cour des comptes, cette évolution résulte du manque de données dont bénéficie la DGESCO elle-même sur le taux de réalisation des visites médicales de la sixième année de l'enfant, qui l'a conduite à resserrer le périmètre de l'indicateur pour parvenir à le remplir.

En l'absence de données consolidées, la Cour des comptes avait, en 2018, réalisé sa propre enquête auprès des académies pour déterminer le taux de réalisation des dépistages de la sixième et de la douzième année. Le rapporteur spécial a souhaité mettre à jour les données ainsi recueillies par la Cour mais n'a pas pu obtenir de réponse du ministère dans les délais d'élaboration du présent rapport. Ainsi, les chiffres présentés sont ceux calculés par la Cour sur la base de son enquête de 2018 ⁽¹⁾.

(1) Cour des comptes, *op. cit.*

**Taux de réalisation des dépistages obligatoires
de la sixième et de la douzième année de l'enfant en 2018**

	Taux de réalisation moyen à l'échelle nationale	Taux le plus faible à l'échelle départementale	Taux le plus élevé à l'échelle départementale
Visite médicale de la 6e année de l'enfant	18 %	0 %	83,60 %
Dépistage infirmier de la 12e année de l'enfant	62 %	6 %	98,20 %

Source : Cour des comptes.

La Cour des comptes relève que **le taux de réalisation de la visite médicale de la sixième année a chuté de 8 points entre 2013 et 2018**, et que la part des enfants dans leur sixième année qui ne bénéficient d'aucun examen par un professionnel de santé de l'éducation nationale, médecin ou infirmier, a plus que doublé en l'espace de cinq ans (58 % d'enfants non vus).

Le cas particulier des visites obligatoires pour travaux réglementés

L'article R. 4153-40 du code du travail prévoit que les élèves de l'enseignement professionnel peuvent être affectés à des travaux réglementés sous réserve de l'obtention, pour chaque jeune, d'un avis médical d'aptitude délivré par un médecin scolaire.

Or, il ressort du rapport de la Cour des comptes que les visites pour travaux réglementés sont très loin d'être systématiques, dans l'enseignement public comme dans l'enseignement privé.

D'après les informations recueillies par le rapporteur spécial lors de ses auditions, les médecins scolaires ont de grandes difficultés à réaliser la visite médicale dès le début de l'année scolaire (septembre-octobre) en raison de leur charge de travail. Pourtant, il peut arriver que la visite médicale conduise le médecin à considérer le jeune inapte à suivre la formation professionnelle vers laquelle il s'est orienté. **Or, si la visite médicale intervient trop tard dans l'année scolaire, le jeune peut être déclaré inapte sans avoir la possibilité de se réorienter immédiatement vers une autre formation, et perd donc le bénéfice d'une année d'études.**

Par ailleurs, la non-réalisation de la visite médicale fait peser un **risque juridique important sur les chefs d'établissement**, qui peuvent être considérés responsables en cas d'accident ou de blessure du jeune concerné.

Dans le contexte de la réforme de l'enseignement professionnel initiée par le président de la République, qui vise à redynamiser et à mettre en valeur la voie professionnelle, le rapporteur spécial considère qu'il est absolument essentiel de garantir aux jeunes qui s'orienteront vers le lycée professionnel de bonnes conditions d'études et de travail. Cela passe par une meilleure performance de la médecine scolaire et par une réorganisation des visites d'aptitude médicale.

b. Des actions d'éducation à la santé dispersées et non coordonnées

L'article L. 121-4-1 du code de l'éducation dispose que le « champ de la mission de promotion de la santé à l'école comprend : [...] 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 ». L'éducation à la santé passe notamment par la prévention et la lutte contre les addictions, l'éducation à la vie affective et sexuelle, ou encore l'éducation alimentaire.

Il existe très peu de données sur les actions d'éducation à la santé conduites dans les établissements scolaires. Au niveau académique, départemental et de chaque établissement, les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) sont une instance de réflexion, d'observation et de proposition qui conçoivent, mettent en œuvre et évaluent les projets éducatifs en matière d'éducation à la citoyenneté et à la santé, et de prévention de la violence. Les CESC peuvent décider d'associer des partenaires susceptibles de contribuer utilement à la politique de promotion de santé, principalement des associations.

Selon l'enquête menée par la DGESCO en 2017-2018 ⁽¹⁾ sur le déploiement des CESC dans les établissements, les départements et les académies, **trois thématiques ont été particulièrement développées : la prévention des conduites addictives, l'éducation à la sexualité, et l'amélioration du climat scolaire.**

Par ailleurs, selon la Cour des comptes, « l'éducation nationale s'en remet beaucoup aux programmes d'action des ARS pour les interventions en écoles et en établissements, et pour l'appui à leurs projets spécifiques de prévention et de promotion de la santé » ⁽²⁾. Or, **la qualité des interventions externes dans les établissements est rarement évaluée et tous les établissements scolaires ne bénéficient pas du soutien des ARS.**

Le rapporteur spécial constate dès lors **l'absence de pilotage national des actions d'éducation à la santé, surtout lorsqu'elles impliquent de faire appel à des prestataires extérieurs à l'éducation nationale.** Il déplore également que l'intervention des personnels de santé scolaire, pourtant parfaitement compétents pour mener ce type d'actions, ne soit pas un réflexe systématique dans tous les établissements. Il appelle donc le ministère de l'éducation nationale à mettre en place, à tous les niveaux, un pilotage des actions d'éducation à la santé, à établir un référentiel des acteurs associatifs avec lesquels les établissements scolaires sont encouragés à nouer des partenariats, et à instaurer un système d'évaluation de ces interventions pour s'assurer de leur effet positif sur les élèves.

Recommandation n° 6. Définir au niveau ministériel un programme d'actions d'éducation à la santé à décliner au sein de toutes les académies, et encadrer le recours des établissements à des acteurs extérieurs à l'éducation nationale.

(1) DGESCO, *Enquête CESC 2017-2018*.

(2) *Cour des comptes, op. cit.*

c. La gestion de la crise sanitaire s'est faite en lien avec les personnels de santé scolaire

Lors de la crise sanitaire, du printemps 2020 jusqu'à la fin de l'année 2022, l'ensemble de la communauté éducative a été confronté à une situation particulièrement éprouvante, **dont la gestion a mobilisé les personnels de l'éducation nationale, et en première intention, les personnels de santé scolaire.**

En particulier, les infirmiers scolaires ont été fortement mobilisés pour assurer le maintien des écoles ouvertes à la suite du premier confinement du printemps 2020. Les infirmiers ont ainsi informé les personnels et les élèves sur les gestes barrières et le port du masque, et ont soutenu les équipes pédagogiques dans le repérage de la souffrance psychique des élèves suite au confinement et aux mesures de distanciation sociale.

Les infirmiers ont également largement participé à la mise en place des protocoles sanitaires dans les établissements scolaires, en assurant le suivi des cas contacts et en prenant en charge les élèves symptomatiques.

La crise sanitaire a montré la grande réactivité des personnels. Toutefois, cette période les a aussi forcés, à regret, à privilégier la gestion de crise et l'application des protocoles à leurs missions premières, qui sont l'écoute et l'accueil des élèves pour les infirmiers. Le rapporteur spécial souhaite saluer l'engagement sans faille de ces personnels lors de cette période difficile, qui a montré la capacité des services de santé scolaire à s'adapter aux nécessités de la gestion de crise.

B. UNE POLITIQUE LARGEMENT AFFECTÉE PAR LE MANQUE DE PERSONNELS

La sous-performance de la politique de santé scolaire résulte en premier lieu d'un manque de personnels. Cette pénurie n'est pas liée à un manque de moyens, mais à la difficulté du ministère de l'éducation nationale à pourvoir les postes ouverts. Ces difficultés de recrutement découlent notamment d'un manque d'attractivité des métiers de la santé scolaire, en raison d'une rémunération insuffisante et de conditions de travail dégradées.

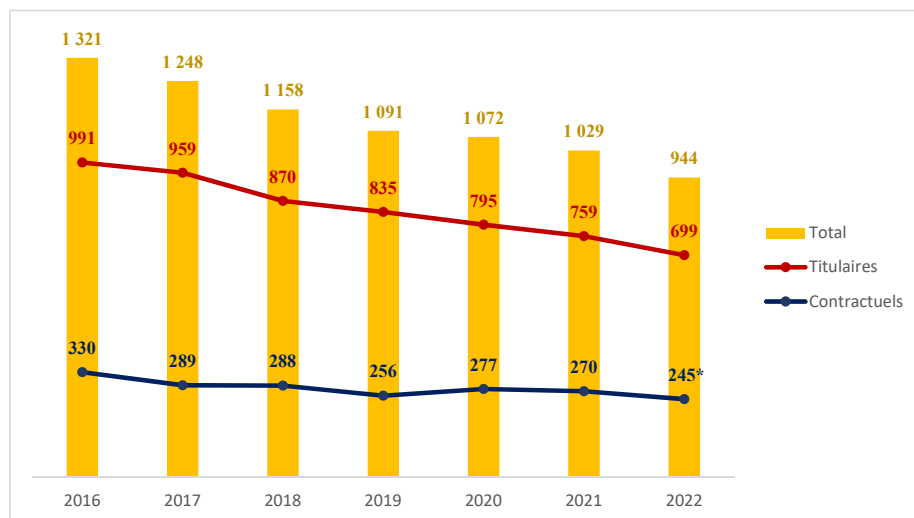
1. Des difficultés de recrutement, en particulier chez les médecins

L'ensemble des personnels de santé scolaire auditionnés par le rapporteur spécial l'ont alerté sur les difficultés de recrutement de plus en plus marquées dans chacune des professions.

• **Ces difficultés sont très marquées chez les médecins de l'éducation nationale,** dont les effectifs sont en diminution depuis plus de dix ans.

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DE MÉDECINS SCOLAIRES ENTRE 2016 ET 2022

(ETP en activité)



*constat provisoire.

Source : Commission des finances d'après données communiquées par le MEN.

Le concours de recrutement permet au ministère de pourvoir environ la moitié du contingent de postes offerts chaque année. Ainsi, au concours 2021, 52 postes étaient ouverts et 28 candidats ont été admis, soit un taux de couverture de 53,8 % ⁽¹⁾. Selon le ministère de l'éducation nationale, les causes de ce manque d'attractivité sont multiples : démographie médicale défavorable, méconnaissance du métier par les étudiants en médecine, rémunération insuffisante, accroissement des missions, conditions de travail dégradées, etc.

Par ailleurs, le corps des médecins de l'éducation nationale est un corps vieillissant et la pyramide des âges est très défavorable au maintien des effectifs. Ainsi, l'âge moyen des médecins de l'éducation nationale titulaires s'élève à 54,9 ans, contre 43 ans dans l'ensemble de la fonction publique de l'État. 35 % des effectifs sont âgés de plus de 60 ans ⁽²⁾. **En conséquence, il est certain que l'effectif des médecins scolaires va continuer à décroître dans les années à venir, en lien avec la démographie médicale nationale, défavorable pour les dix prochaines années.**

Concernant les autres catégories de personnels de santé scolaire, les effectifs sont relativement stables et les difficultés de recrutement moins marquées. **Néanmoins, les représentants syndicaux de tous les professionnels rencontrés par le rapporteur spécial ont alerté sur l'émergence de tensions sur le recrutement, en lien avec une perte d'attractivité de leurs métiers.**

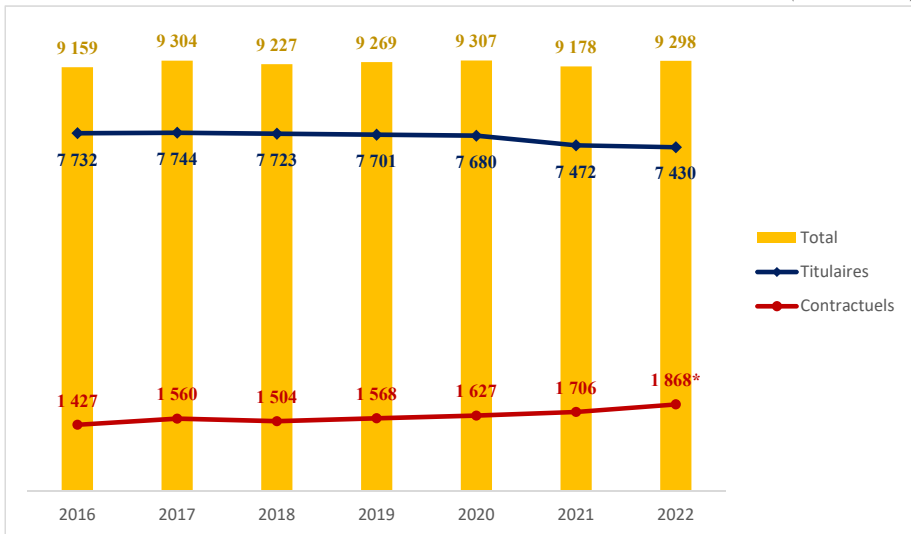
(1) DEPP, Panorama statistique des personnels de l'enseignement scolaire 2021-2022.

(2) Réponses de la DGESCO au questionnaire transmis par le rapporteur spécial.

● **L'effectif des infirmiers de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur en activité s'est réduit entre 2017 et 2022.** Aujourd'hui, l'augmentation des entrées dans le corps ne permet pas de compenser celle des détachements sortants et des départs en retraite. Par ailleurs, le taux de rendement des concours, qui s'élevait à 100 % jusqu'en 2018, se dégrade tendanciellement. En 2022, il a manqué 58 candidats admis au concours pour 395 postes offerts. Les difficultés se concentrent dans les académies de Mayotte, de Nancy-Metz, et surtout de Paris et de Créteil.

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS D'INFIRMIERS SCOLAIRES ENTRE 2016 ET 2022

(ETP en activité)



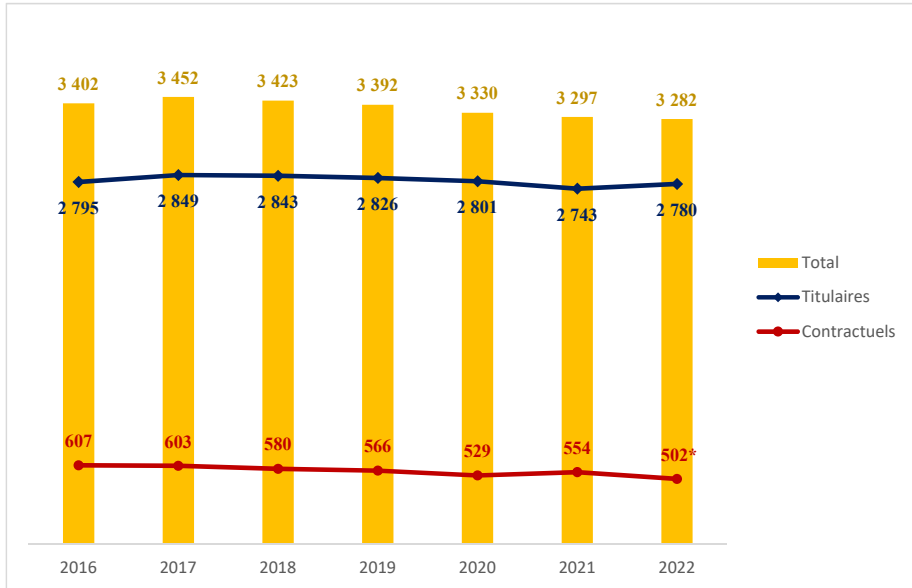
*constat provisoire.

Source : Commission des finances d'après données communiquées par le MEN.

● **Les effectifs des assistants de service social restent stables, mais les flux de sortie augmentent en raison des départs en retraite, et le rendement des concours reste faible,** en particulier le concours interne, ce qui montre que le corps est peu attractif pour les personnels contractuels. Aujourd'hui, les difficultés de recrutement se concentrent en Île-de-France.

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS D'ASSISTANTS DE SERVICE SOCIAL ENTRE 2016 ET 2022

(ETP en activité)



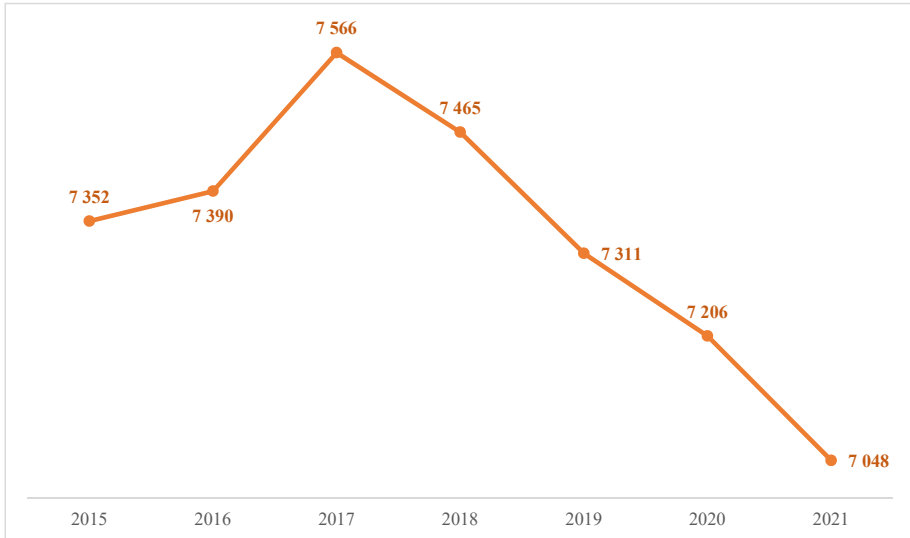
*constat provisoire.

Source : Commission des finances d'après données communiquées par le MEN.

● Enfin, en ce qui concerne les psychologues de l'éducation nationale, **l'effectif est en diminution depuis 2017**. Selon les informations transmises au rapporteur spécial par le ministère de l'éducation nationale, depuis 2022, tous les postes ouverts aux concours ne sont pas pourvus, en particulier pour les psychologues de la spécialité EDA. Le ministère anticipe également que le rendement du concours 2023 ne sera pas de 100 % en raison d'un nombre de candidats admissibles inférieur au nombre de postes offert.

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DE PSYEN ENTRE 2015 ET 2021

(ETP)



Source : Commission des finances d'après données communiquées par le MEN.

La diminution progressive des effectifs des personnels de santé scolaire, et en particulier des médecins, conduit à des postes non pourvus dans certaines académies, à un taux d'encadrement qui se dégrade, et à une charge de travail de plus en plus importante pour les personnels. **Dans ces conditions, il devient de plus en plus difficile de répondre aux besoins de tous les élèves.**

2. Des rémunérations insatisfaisantes malgré les efforts réalisés par le ministère

Le rapporteur spécial constate que les personnels de santé scolaire dont les grilles indiciaires sont propres au ministère de l'éducation nationale, sont moins bien rémunérés que d'autres personnels exerçant des missions similaires dans d'autres corps de la fonction publique.

• C'est particulièrement le cas des médecins de l'éducation nationale.

Selon les informations recueillies par le rapporteur spécial, lors de la création du corps des médecins de l'éducation nationale en 1991, les travaux préparatoires avaient préconisé une grille indiciaire identique à celle des médecins inspecteurs de santé publique (MISP). Toutefois, la grille de rémunération finalement adoptée est inférieure à celle pratiquée par le ministère de la santé. Depuis, **les revalorisations salariales dont ont bénéficié les médecins de l'éducation nationale sont toujours restées inférieures à celles obtenues par les autres corps de médecins fonctionnaires.**

La rémunération des médecins de l'éducation nationale est composée d'une part indiciaire et de plusieurs indemnités.

**TABLEAU DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS DE L'ÉDUCATION NATIONALE
TRAITEMENT INDICIAIRE AU 1^{ER} JUILLET 2022**

2^{ÈME} CLASSE		
Échelon	Durée d'ancienneté	Net mensuel
1	1 an	1 774 €
2	1 an	1 943 €
3	2 ans	2 136 €
4	2 ans	2 275 €
5	2 ans	2 417 €
6	2 ans et 6 mois	2 567 €
7	2 ans et 6 mois	2 713 €
8	2 ans et 6 mois	2 860 €
9		3 048 €
1^{ÈRE} CLASSE		
Échelon	Durée d'ancienneté	Net mensuel
1	2 ans	2 567 €
2	2 ans	2 713 €
3	2 ans	2 860 €
4	2 ans	3 048 €
5	3 ans	3 195 €
6	1 an	3 426 €
	1 an	3 560 €
		3 741 €
HORS CLASSE		
Échelon	Durée d'ancienneté	Net mensuel
1	2 ans	2 860 €
2	2 ans	3 048 €
3	3 ans	3 195 €
4	1 an	3 426 €
	1 an	3 560 €
	1 an	3 741 €
5	1 an	3 741 €
	1 an	3 899 €
		4 107 €

Source : Site du ministère de l'éducation nationale.

Deux indemnités sont versées à l'entrée dans le métier : une prime d'entrée dans les métiers d'enseignement, d'éducation et d'orientation de 1 500 euros, et une prime d'installation dans les communes d'Île-de-France et dans l'agglomération de Lille de 2 090 euros.

Les médecins de l'éducation nationale bénéficient également du **régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel (RIFSEEP)**, lui-même composé de deux primes : **l'indemnité de fonctions, de sujétions et d'expertise (IFSE)**, versée mensuellement, et un éventuel **complément indemnitaire annuel (CIA)**. L'agenda social du Grenelle de l'éducation s'est traduit par une première étape de **revalorisation de l'IFSE à hauteur de 1 700 euros brut en moyenne**, ce qui a permis, selon le ministère de l'éducation nationale, de porter la rémunération totale brute mensuelle entre 3 100 euros et 5 900 euros. Une nouvelle revalorisation a été mise en œuvre fin 2022 pour un **montant forfaitaire de 3 000 euros bruts annuels**.

Selon les informations communiquées par le ministère au rapporteur spécial, **ces efforts doivent se poursuivre en 2023 afin de rapprocher l'IFSE des médecins de l'éducation nationale de celle des médecins inspecteurs de santé publique**. En revanche, il n'est pas prévu de modifier la grille indiciaire de ces personnels.

En parallèle, **des efforts ont également été initiés pour mieux faire connaître la profession des médecins de l'éducation nationale auprès des étudiants en médecine**.

Dans le cadre de la réforme des études de santé, un service sanitaire obligatoire pour les étudiants en santé a été instauré en 2018. La DGESCO ne dispose pas de données permettant de connaître, au niveau national, le nombre d'étudiants par filière effectuant leur service sanitaire. Néanmoins, selon leurs estimations, sur les 40 000 étudiants concernés, environ les trois quarts effectueraient leur service sanitaire en milieu scolaire, mais plutôt auprès des enseignants et des infirmiers qu'auprès des médecins. Si cette initiative permet de faire connaître le monde de la santé scolaire aux étudiants en santé, ce dispositif interviendrait trop tôt dans le cursus des étudiants en médecine et serait mal piloté par les agences régionales de santé.

Par ailleurs, **depuis l'année universitaire 2020-2021, une formation spécialisée transversale (FST) « médecine scolaire » est accessible aux internes de médecine générale, de pédiatrie et de santé publique**. Les médecins de l'éducation nationale des académies accueillent les internes en stage et assurent des interventions au cours du cursus universitaire. À ce stade, cette FST n'a pas rencontré le succès espéré puisque seuls 17 internes en ont bénéficié, sans forcément choisir cette voie par la suite.

• À l'instar des médecins scolaires, la rémunération des infirmiers de l'éducation nationale est composée d'une part indiciaire et d'une part indemnitaire.

Concernant la grille indiciaire, **son montant net mensuel s'étend de 1 501 euros à 2 779 euros.**

S'y ajoutent plusieurs indemnités, dont les primes d'entrée dans le métier (1 500 euros) et d'installation (2 090 euros). Les infirmiers scolaires bénéficient également du RIFSEEP, et donc de l'IFSE qui, selon les informations communiquées au rapporteur spécial, est **sensiblement plus faible que pour d'autres métiers de la santé scolaire ou d'autres corps d'infirmiers fonctionnaires**. Le ministère de l'éducation nationale poursuit ses efforts pour revaloriser cette indemnité : **après une augmentation de 400 euros bruts annuels en 2021 et de 700 euros bruts annuels en 2022, il est prévu, en 2023 de rapprocher l'IFSE des infirmiers scolaires de celle des assistants de service social.**

Par ailleurs, **les infirmiers scolaires n'ont pas bénéficié du complément de traitement indiciaire (CTI)** décidé en 2020 dans le cadre du Ségur de la santé, accordé à l'origine aux seuls infirmiers de la fonction publique hospitalière, étendu par la suite aux personnels des établissements sociaux et médico-sociaux, aux personnels des services de PMI, ou encore aux services d'aide sociale à l'enfance. Le CTI représente une **hausse de la rémunération nette de 188,62 euros** au 1^{er} janvier 2023. Les infirmiers de l'éducation nationale, qui ont pourtant largement participé à la gestion de la crise sanitaire dans les établissements scolaires, ressentent leur exclusion du champ des bénéficiaires du CTI comme une véritable injustice.

Par ailleurs, les infirmiers scolaires ne bénéficient pas de manière automatique de la nouvelle bonification indiciaire (NBI) relative à l'accueil, dans les établissements scolaires, d'élèves en situation de handicap. En effet, le décret ⁽¹⁾ et l'arrêté ⁽²⁾ du 6 décembre 1991 fixant les conditions d'attribution de la nouvelle bonification indiciaire dans les services du ministère de l'éducation nationale n'évoquent que la notion d'élèves « lourdement handicapés » sans la définir, ce qui laisse aux directions académiques une relative liberté dans l'attribution de la NBI dite « handicap ».

Le rapporteur spécial constate que ces modalités d'attribution d'une rémunération complémentaire aux infirmiers qui s'engagent dans l'accueil d'élèves en situation de handicap ne permettent pas d'accompagner pleinement le développement de l'école inclusive, qui exige pourtant l'implication de l'ensemble des personnels des établissements scolaires.

(1) Décret n° 91-1229 du 6 décembre 1991 instituant la nouvelle bonification indiciaire dans les services du ministère de l'éducation nationale.

(2) Arrêté du 6 décembre 1991 fixant les conditions d'attribution de la nouvelle bonification indiciaire dans les services du ministère de l'éducation nationale.

Recommandation n° 7. Accorder le complément de traitement indiciaire à tous les infirmiers de l'éducation nationale et réformer les règles d'attribution de la nouvelle bonification indiciaire pour en faire bénéficier automatiquement les infirmiers dont l'établissement d'affectation accueille des enfants en situation de handicap.

• Les assistants de service social de l'éducation nationale, dans la mesure où ils appartiennent à un corps interministériel, **ont bénéficié de plusieurs mesures de revalorisation dans le cadre des rendez-vous salariaux de la fonction publique**. Leur rémunération indiciaire mensuelle nette est comprise entre 1 501 euros en début de carrière et 2 413 euros en fin de carrière. Ils bénéficient d'une indemnité d'exercice en REP et REP +.

D'après les informations communiquées au rapporteur spécial par le ministère de l'éducation nationale, **l'IFSE des assistants de service social s'élève aujourd'hui à 7 719 euros annuels, après deux revalorisations de 1 820 euros en 2020 et 1 535 euros en 2021, soit une progression de près de 70 % en deux ans.**

• Les psychologues de l'éducation nationale ont une **rémunération située entre 2 371 euros et 4 588 euros de traitement indiciaire mensuel brut**. Outre les primes d'entrée et d'installation qui sont les mêmes que pour les autres catégories de personnels de santé scolaire, **leur régime indemnitaire se rapproche de celui des enseignants**. Ils bénéficient d'une indemnité d'exercice en REP ou REP + dont le montant brut annuel s'établit à 1 734 euros ou 2 312 euros, mais aussi de la prime d'attractivité, dont le montant annuel brut est compris entre 400 et 2 200 euros pour les vingt-deux premières années de carrière, et de la prime d'équipement informatique, d'un montant brut annuel de 176 euros.

À ce jour, la principale difficulté est **la différence persistante entre l'IFSE versée aux psychologues de la spécialité EDA, d'un montant brut annuel de 2 044,19 euros, et celle dont bénéficient les psychologues de la spécialité EDO, d'un montant brut annuel de 1 618,50 euros**. D'après les informations communiquées au rapporteur spécial par le ministère de l'éducation nationale, des mesures de revalorisation progressive sont mises en œuvre pour faire converger le montant de ces deux indemnités. Dans la continuité de ses remarques précédentes relatives à l'unification du corps des psychologues de l'éducation nationale, **le rapporteur spécial invite le ministère à réaliser au plus vite l'alignement indemnitaire des deux spécialités.**

Recommandation n° 8. Aligner l'IFSE des psychologues de la spécialité EDO sur l'IFSE des psychologues de la spécialité EDA.

3. Une dégradation des conditions de travail qui conduit à la perte d'attractivité des métiers médico-sociaux de l'éducation nationale

L'ensemble des représentants des personnels des quatre professions de la santé scolaire rencontrés par le rapporteur spécial ont **témoigné d'une forte dégradation de leurs conditions de travail**, alors même que l'exercice de leur activité au sein de l'éducation nationale était auparavant considéré comme attractif.

- Les personnels déplorent une **charge de travail en constante augmentation**, en lien avec la diminution subie des effectifs. En parallèle, l'ampleur de leurs missions a également progressé, sans priorisation, de même que le nombre d'instances institutionnelles de coordination auxquelles ils doivent participer. Il en ressort une grande frustration, accompagnée du sentiment de ne pas être en capacité de bien faire son travail.

Cette charge de travail et le manque d'effectifs alimentent également le **sentiment d'isolement de ces personnels**, qui ont du mal à orienter les élèves vers des services internes à l'éducation nationale ou vers des professionnels extérieurs.

- **L'état des locaux** est également un enjeu important du point de vue des conditions de travail. Il serait très disparate en fonction des établissements scolaires, et de l'investissement des collectivités territoriales sur l'équipement et le matériel. Ainsi, dans les EPLE ou les écoles, les personnels sociaux et de santé peuvent être amenés à partager à tour de rôle durant la semaine un unique bureau et ne peuvent donc pas être présents en même temps dans le même établissement. Selon la Cour des comptes, « les bureaux sont parfois petits, sans fenêtre ou implantés dans un lieu de passage rendant difficile la confidentialité des entretiens »⁽¹⁾.

Les locaux des infirmeries mais aussi les bureaux des assistants sociaux et des psychologues de l'éducation nationale doivent permettre l'accueil des élèves dans des conditions propices à l'échange et aux confidences. Il est donc nécessaire d'en faire un lieu clef dans l'aménagement des établissements.

Les différentes catégories de personnels doivent également pouvoir utiliser le matériel médical ou paramédical récent et moderne nécessaire à l'exercice de leur profession. Or, certains infirmiers en poste inter-degrés rencontrent de grandes difficultés à convaincre les principaux de collège de la nécessité d'acheter du matériel pour les visites dans le premier degré.

- Sur le plan des conditions matérielles de travail, **l'enjeu informatique est également majeur.**

D'abord, du point de vue du matériel informatique, **les personnels de santé scolaire sont très mal équipés.** Alors même que l'exercice de leurs fonctions est itinérant, du fait de leur affectation sur des secteurs ou sur plusieurs établissements, ils commencent seulement à être équipés d'ordinateurs portables et de téléphones professionnels.

(1) Cour des comptes, *op. cit.*

Par ailleurs, **les systèmes d'information à leur disposition ne sont pas performants et ne permettent pas un échange simple et efficace des données relatives aux élèves.** Les médecins de l'éducation nationale utilisent le logiciel Esculape, et les infirmiers scolaires le logiciel Lien. À ce stade, ces deux logiciels ne sont pas interconnectés et ne permettent donc pas une transmission fluide des informations. Cela conduit à **une double saisie régulière des données, qui constitue une perte de temps pour des professionnels déjà très occupés.** La DGESCO a indiqué au rapporteur spécial que le portail Diapason, commun à ces deux applications, et qui devrait pouvoir accueillir également les logiciels des assistants de service social et des psychologues, doit être prochainement développé afin d'assurer les partages de données.

L'absence d'un logiciel unique pour l'ensemble des personnels de santé scolaire, lequel pourrait comprendre des accès différenciés aux informations personnelles des élèves, interroge le rapporteur spécial. Le développement de logiciels distincts semble induire une perte de temps, tant pour les personnels que pour la DGESCO.

Par ailleurs, la question du partage d'informations se pose également vis-à-vis des professionnels extérieurs à l'éducation nationale, et en premier lieu les personnels des services de PMI. **L'absence d'interconnexion entre les logiciels utilisés par les services de PMI et ceux utilisés par les personnels de l'éducation nationale conduit à une surcharge administrative de l'ensemble des agents.** En effet, les PMI, qui conservent de manière informatisée les dossiers médicaux des enfants examinés par leurs services, impriment chaque année, au moment de la rentrée scolaire, l'ensemble des dossiers des enfants entrant à l'école. Le médecin scolaire du secteur doit alors aller chercher l'ensemble de ces dossiers imprimés dans les locaux de la PMI, puis les ramener dans son bureau, où ils sont en principe numérisés pour être conservés dans les logiciels de l'éducation nationale. Dans la pratique, les médecins scolaires ont rarement le temps de procéder à la numérisation de ces documents, qui sont donc conservés en version imprimée dans leurs locaux.

• **Les différentes catégories de personnels ont également déploré l'absence de secrétariat médical,** afin de les décharger d'une partie de leurs tâches administratives, comme la prise de rendez-vous ou la saisie de données dans les logiciels par exemple.

Ces difficultés relatives à l'absence de secrétariats ont été identifiées par le ministère de l'éducation nationale, qui indique au rapporteur spécial travailler à la valorisation de la fonction de secrétariat médical dans le cadre du plan de requalification de la filière administrative afin d'assurer reconnaissance et attractivité pour ces missions.

• Les différents personnels de santé scolaire interrogés par le rapporteur spécial ont également insisté sur **la question du remboursement de leurs frais de déplacement.** En effet, l'exercice de leurs professions se caractérise par l'itinérance, parfois sur des distances relativement longues lorsqu'ils travaillent en milieu rural.

Les personnels regrettent une procédure de remboursement des frais de déplacement trop complexe, qui représente une charge administrative inutile, et un remboursement incomplet de l'ensemble de leurs frais, qui parfois ne leur permet pas d'assurer l'ensemble des déplacements nécessaires sur l'intégralité de leur secteur.

Recommandation n° 9. Augmenter les moyens de fonctionnement alloués à la politique de santé scolaire afin d'améliorer les conditions matérielles de travail des personnels.

C. LE PILOTAGE DÉFAILLANT DE LA POLITIQUE DE SANTÉ SCOLAIRE

1. L'absence de suivi et de mesure de la performance de la politique de santé scolaire

Le pilotage de la politique de santé scolaire se caractérise par une **méconnaissance, par les directions académiques et par l'administration centrale, de l'activité quotidienne des personnels de santé scolaire**. En effet, l'activité des services de santé scolaire devrait en principe être suivie par l'administration centrale via une enquête « santé-social » élaborée par la DGESCO. Celle-ci prend la forme de questionnaires envoyés aux académies sous le format d'un document Excel.

Or, les médecins et les infirmiers ont largement reçu des consignes syndicales de « grève administrative » et **une part significative des personnels refusent donc de transmettre des statistiques sur leur activité**. Les raisons invoquées par les personnels rencontrés par le rapporteur spécial tiennent à la **charge de travail des agents** qui ne leur permet pas de consacrer du temps à la transmission de statistiques, mais surtout à des **questionnaires qui ne reflètent ni leur activité ni les besoins des élèves**. À titre d'exemple, il a été indiqué au rapporteur spécial que les consultations à la demande de l'élève, qui sont au cœur des missions des infirmiers scolaires, ne font l'objet d'aucune donnée statistique.

Par ailleurs, le rapporteur spécial remarque que les remontées statistiques semblent encore moins fréquentes dans le premier degré que dans le second degré.

Le développement des logiciels Esculape et Lien doit permettre, selon le ministère de l'éducation nationale, d'organiser une meilleure remontée des données statistiques de l'activité des personnels de santé scolaire. Toutefois, selon les informations recueillies par le rapporteur spécial auprès des médecins scolaires, le logiciel Esculape, cinq ans après sa mise en œuvre, ne permet pas d'obtenir l'ensemble des données statistiques demandées au niveau central, ce qui oblige les personnels à procéder manuellement pour extraire certaines informations.

Le rapporteur spécial constate que l'on ne peut pas piloter efficacement des services lorsque l'on ne connaît pas leur activité quotidienne. Toutefois, il est également **difficile de demander à des personnels dont la charge de travail est déjà élevée de procéder à l'extraction fastidieuse de données dans un seul objectif statistique**.

Il est urgent de remédier à cette situation, **qui conduit à l’invisibilisation des métiers de la santé scolaire**. Le rapporteur spécial recommande l’élaboration d’un rapport annuel relatif à la politique de santé scolaire, qui recenserait l’état de santé des élèves (ou tout du moins les principales problématiques de santé identifiées à l’école), les effectifs de chaque profession, leur activité, et qui utiliserait des indicateurs de performance pertinents, définis en concertation avec les représentants de chaque catégorie de personnels. Un tel rapport, rendu public chaque année, devrait faciliter le pilotage de la politique de santé scolaire par le ministère et les directions académiques, tout en informant la représentation nationale sur la performance de la politique de santé à l’école.

Recommandation n° 10. Élaborer, chaque année, un rapport d’évaluation de la politique de santé scolaire, sur la base d’indicateurs statistiques définis en concertation avec les représentants des personnels médico-sociaux.

2. Une gestion en silo des différentes professions de santé scolaire

En 2020, la Cour des comptes a noté que les chaînes hiérarchiques et fonctionnelles des personnels de santé scolaire sont confuses et distinctes ⁽¹⁾.

LES AUTORITÉS HIÉRARCHIQUES DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE PERSONNELS DE SANTÉ SCOLAIRE

Profession	Autorité hiérarchique
Médecins	DASEN
Infirmiers	Chefs d’établissement
Assistants de service social	DASEN
PsyEN, spécialité EDA	Inspecteur de circonscription
PsyEN, spécialité EDO	Directeur du CIO

Source : Commission des finances d’après données communiquées par le MEN.

Dans les directions départementales et les rectorats, les directeurs académiques des services de l’éducation nationale (DASEN) et les recteurs bénéficient des conseils et de l’expertise de conseillers techniques médecins, infirmiers et de service social. Pour les psychologues de l’éducation nationale, c’est un inspecteur de l’éducation nationale information et orientation (IEN-IO) qui conseille le directeur au niveau départemental, et le chef du service académique de l’information et de l’orientation (CSAIO) qui conseille le recteur.

(1) Cour des comptes, *op. cit.*

Au niveau de l'administration centrale du ministère de l'éducation nationale, les médecins, les infirmiers et les assistants sociaux relèvent du service de l'accompagnement des politiques éducatives au sein de la DGESCO. Les psychologues de l'éducation nationale relèvent quant à eux du service de l'instruction publique et de l'action pédagogique, mais là encore de deux bureaux différents.

Ces chaînes hiérarchiques et fonctionnelles distinctes conduisent à une **gestion en silo des différentes catégories de personnels**, malgré les circulaires qui prônent leur collaboration. D'après les témoignages recueillis par le rapporteur spécial, **le travail en équipe existe dans la pratique, mais reste dépendant des relations interpersonnelles que peuvent entretenir les différents professionnels intervenant au sein d'un même établissement.**

Par ailleurs, cette gestion en silo des personnels de santé scolaire traduit une **organisation des services de santé scolaire basée sur les missions et compétences respectives des personnels, et non sur les besoins globaux des élèves en matière de santé.** Cela conduit à une moindre sensibilisation des autorités départementales, académiques et centrales à la question de la santé scolaire. Selon les informations communiquées par la DGESCO au rapporteur spécial, l'organisation de réunions inter-catégorielles au niveau départemental et académique est dépendante de l'impulsion donnée par le DASEN ou le recteur, et des postures de leurs différents conseillers techniques.

En 2020, la Cour des comptes recommandait, pour remédier à cette gestion éclatée des personnels de santé scolaire, la création d'un service académique de la vie et de la santé de l'élève. Cette recommandation n'a pas encore été mise en œuvre mais la DGESCO a indiqué au rapporteur spécial qu'elle était étudiée avec attention. Le rapporteur spécial a noté que l'éventuelle création d'un tel service était une question sensible pour les personnels de santé scolaire, qui ont peur de perdre une partie de leur autonomie. Il considère toutefois que ces craintes ne sont pas entièrement fondées : l'essence même de leur métier les rend autonomes dans la gestion de leur charge de travail et de leurs priorités, mais l'absence de pilotage coordonné des différentes professions tend à les isoler sur le terrain, et conduit à une répartition sous-optimale des moyens disponibles.

Sans nécessairement trancher en faveur d'une option plutôt qu'une autre (service académique de santé scolaire, pôle interprofessionnel de coopération, etc.), **le rapporteur spécial est convaincu qu'un pilotage coordonné au niveau départemental, académique et central est absolument nécessaire pour replacer la santé scolaire au centre des préoccupations des responsables administratifs et académiques, pour mettre en lumière l'importance de ces professions et de leur travail au quotidien, et pour assurer une bonne répartition des moyens sur un territoire donné.**

Recommandation n° 11. Mettre en place, auprès des DASEN, des recteurs et du DGESCO, un pôle ou un service dédié à la santé scolaire afin d'élaborer et de décliner la politique de santé à l'école.

3. Un fonctionnement très inégal sur le territoire

La performance de la politique de santé scolaire sur le territoire est inégale. En application de la circulaire du 10 novembre 2015 relative à la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves ⁽¹⁾, « 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 ».

L'intérêt porté par le directeur académique et le recteur à la question de la santé à l'école peut dès lors entraîner une attention soutenue aux moyens qui y sont accordés, ou au contraire à des disparités notables entre les territoires. La DGESCO ne dispose pas de données sur la répartition des moyens en personnels au sein de chaque académie, car « les délégations de moyens sont globalisées » ⁽²⁾.

Dès lors, il est difficile de déterminer comment les personnels de santé scolaire sont répartis sur le territoire et quel est le nombre moyen d'élèves dont ils ont la charge. Selon les données recueillies par la Cour des comptes en 2018, le nombre moyen d'élèves par ETP de médecin de l'éducation nationale dans chaque département était compris entre 6 464 élèves par médecin dans le Lot, et 99 370 élèves par médecin en Dordogne. En ce qui concerne les infirmiers de l'éducation nationale, la Cour des comptes avait calculé en 2018 un nombre moyen d'élèves par ETP allant de 680 dans le Cantal à plus de 2 000 à Mayotte.

Ainsi, les moyennes nationales, qui s'établissent à 12 800 élèves par médecin et 1 303 élèves par infirmier en 2022, cachent en réalité d'importantes disparités territoriales, souvent liées au manque de personnels sur un territoire donné et à une stratégie volontariste du rectorat pour recruter des contractuels sur les postes vacants.

De la même manière, les orientations académiques influencent beaucoup la priorité donnée aux dépistages obligatoires et aux actions de prévention et d'éducation à la santé.

Le rapporteur spécial tient enfin à souligner que le développement de la politique de santé scolaire dans les outre-mer doit faire l'objet d'une attention particulière, dans la mesure où les inégalités de santé y sont plus fortes et que l'accès aux soins y est plus difficile.

(1) Circulaire n° 2015-117 du 10 novembre 2015 relative à la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves.

(2) Réponses de la DGESCO au questionnaire envoyé par le rapporteur spécial.

III. UNE ORGANISATION ET UN PILOTAGE À REVOIR POUR MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DES ÉLÈVES

Pour répondre aux deux priorités que sont l'école et la santé, le rapporteur spécial préconise une refondation de la politique de santé à l'école : celle-ci doit mettre en valeur le travail des personnels de santé scolaire, mettre en place un pilotage permettant de répondre aux besoins des élèves et continuer à développer des liens avec les professionnels de santé extérieurs à l'éducation nationale.

A. VALORISER LE TRAVAIL DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ SCOLAIRE

1. Faire évoluer le statut des médecins de l'éducation nationale

Si les enjeux de rémunération sont importants pour l'attractivité du métier de médecin de l'éducation nationale, ce ne sont pas les seuls freins au recrutement de jeunes médecins.

Les médecins rencontrés par le rapporteur spécial lui ont fait part d'une problématique liée à la **non-reconnaissance de la médecine scolaire en tant que spécialité médicale**. La formation suivie au sein de l'école des hautes études en santé publique ne leur permet pas d'obtenir un diplôme en santé publique.

Par ailleurs, les médecins scolaires sont dans **l'impossibilité de remplir leurs obligations de développement professionnel continu (DPC)** qui s'imposent à l'ensemble des professionnels de santé en application de l'article L. 4021-1 du code de la santé publique. Chaque professionnel, doit, au cours d'une période de trois ans, suivre un parcours de DPC associant de la formation, de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la gestion des risques. Par ailleurs, à compter du 1^{er} janvier 2023, les professionnels de santé devront également obtenir une certification périodique auprès de leur ordre professionnel pour avoir réalisé un programme d'actions visant à actualiser leurs connaissances et leurs compétences, à renforcer la qualité de leurs pratiques professionnelles ou à améliorer la relation avec leurs patients. Le non-respect de leurs obligations de formation continue par les professionnels de santé **peut conduire à l'application de sanctions disciplinaires et notamment à l'interdiction d'exercer**.

Or, **la formation continue est quasi-inexistante pour les médecins scolaires**, dont la charge de travail les empêche par ailleurs de prendre le temps de se former en cours de carrière. Par ailleurs, les médecins scolaires ne peuvent pas cumuler l'exercice de leurs missions avec une activité libérale. C'est pourtant une demande des professionnels rencontrés par le rapporteur spécial, qui souhaiteraient ainsi diversifier leurs missions et conserver l'exercice de la spécialité dont ils sont diplômés. Cela permettrait de rendre la profession de médecin de l'éducation nationale plus attractive.

Aujourd'hui, **la carrière des médecins scolaires n'est pas suffisamment dynamique et ne permet pas d'envisager facilement des évolutions**. L'existence d'un corps unique rattaché à l'éducation nationale constitue dès lors un obstacle au recrutement de médecins scolaires.

La création d'un corps interministériel de médecins spécialistes en santé publique, auxquels les médecins de l'éducation nationale actuellement en exercice pourraient être rattachés répondrait aux enjeux actuels de ce métier et aux demandes des agents. Cela favoriserait une meilleure mobilité de ces personnels, qui bénéficieraient d'une carrière plus dynamique, ainsi qu'un alignement de leur rémunération sur les grilles indiciaires des MISP. Cela permettrait également de recruter, au sein de l'éducation nationale, des médecins spécialistes de santé publique travaillant actuellement pour le ministère de la santé.

Recommandation n° 12. Rattacher les médecins de l'éducation nationale à un corps interministériel de médecins spécialistes en santé publique afin de dynamiser leur carrière.

2. Faire connaître les missions des personnels de santé scolaire aux équipes pédagogiques et aux élèves

Les personnels de santé scolaire rencontrés par le rapporteur spécial lui ont fait part d'une **difficulté à être bien identifiés par les équipes pédagogiques et par les élèves**. Ce n'est pas le cas des infirmiers scolaires, du fait de leur présence beaucoup plus importante au sein des établissements.

Il est donc nécessaire de **mieux informer les équipes éducatives et les élèves sur l'existence et le rôle de ces personnels**, et en particulier les assistants de service social et les psychologues de l'éducation nationale. Les contacter ou se rendre dans leur bureau doit **devenir un réflexe dès lors qu'une difficulté psychique, relationnelle ou sociale apparaît**. Cela permettrait de soulager les infirmiers scolaires d'une partie de leur charge de travail, en trouvant un relais auprès d'autres professionnels.

Une meilleure connaissance et reconnaissance de leurs missions par les enseignants, les personnels de vie scolaire et les élèves passe par une **plus grande présence au sein des établissements**, qui n'est pas toujours possible en raison de leur affectation sur un secteur comprenant plusieurs EPLE. De fait, une augmentation de leurs effectifs sera probablement nécessaire sur certains territoires.

Toutefois, il y a un également un enjeu de formation et d'information des enseignants et des personnels de vie scolaire, afin qu'ils connaissent mieux les psychologues et les assistants de service social dont leur établissement relève et qu'ils puissent trouver auprès d'eux un soutien face aux situations les plus difficiles.

L'information des élèves sur l'existence de ces professionnels pourrait prendre la forme d'une note aux familles en début d'année scolaire et d'un référencement de leurs contacts dans le carnet de vie scolaire de l'élève. Des

rencontres collectives pourraient également être organisées par les chefs d'établissement.

Par ailleurs, le rapporteur spécial recommande fortement de développer des modalités de prise en charge des élèves grâce à la téléconsultation, à la condition que ces personnels, comme les locaux des établissements scolaires, soient équipés de matériels informatiques performants.

Recommandation n° 13. Mieux informer les élèves, les personnels de vie scolaire et les enseignants sur l'existence et les missions des assistants de service social et des psychologues de l'éducation nationale.

B. RESSERRER LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ SCOLAIRE

1. Organiser une meilleure coordination institutionnelle des différentes catégories de personnels

Pour le rapporteur spécial, il est impératif de **remédier à la gestion en silo des différentes catégories de personnels de santé scolaire**, sans pour autant remettre en cause leur autonomie dans leur travail.

La création d'un service ou d'un pôle de coordination de la politique de santé scolaire au sein de chaque DDSEN et de chaque rectorat ainsi qu'au sein de la DGESCO devrait permettre de mieux coordonner l'action de chaque catégorie de personnels. Toutefois, cela ne permettra probablement pas de faire l'économie d'une évolution des autorités hiérarchiques dont relèvent chacune des quatre professions.

Par ailleurs, les difficultés que rencontre aujourd'hui la politique de santé scolaire découlent également d'un **trop grand nombre de missions, non priorisées, et ajoutées progressivement aux compétences respectives de chacune des catégories de personnels de santé scolaire**, sans que les cadres de coopération et de répartition des tâches ne soient clairement établis par les textes.

Aujourd'hui, la politique de santé scolaire se décline en quatre grandes orientations : les dépistages obligatoires ; les consultations à la demande des élèves, de leur famille ou des équipes éducatives ; l'accompagnement des élèves à besoins particuliers dans le cadre de l'école inclusive ; les actions de prévention collective et d'éducation à la santé. **Or, si les textes prévoient l'implication et la collaboration des différentes professions de santé scolaire, il s'agit d'une addition de missions variées à réaliser dans un contexte coopératif, souvent dépendant des relations interpersonnelles qu'entretiennent ces personnels.**

Il est absolument nécessaire de prioriser les missions au sein de chaque orientation de la politique de santé scolaire, tant au niveau national qu'au niveau déconcentré, en tenant compte des caractéristiques et des besoins de chaque territoire. Il s'agirait de **partir des besoins concrets des élèves et des remontées**

de terrain des équipes éducatives pour élaborer une politique de santé à l'école mieux coordonnée au niveau des bassins d'interventions des personnels de santé scolaire.

Recommandation n° 14. Dans le cadre d'un service ou d'un pôle de coordination de la politique de santé scolaire, redéfinir les missions et les modalités d'intervention des personnels de santé scolaire, sur la base d'un diagnostic territorial des besoins des élèves.

2. Mieux répartir les moyens en personnel entre le premier et le second degrés

Dans le cadre de ses travaux, le rapporteur spécial a constaté que **la priorité donnée depuis 2017 au premier degré scolaire en matière d'enseignement n'a pas fait l'objet d'une déclinaison en matière de santé à l'école.** De fait, les personnels de santé scolaire interviennent beaucoup moins dans le premier degré que dans le second degré.

Il est urgent de remédier à cette situation afin que les difficultés de santé des élèves du premier degré qui, du fait de leur jeune âge, ont plus de mal à les exprimer auprès des adultes, soient prises en charge de la manière la plus précoce possible. Différentes pistes de travail pourraient être envisagées, et devront être discutées avec les représentants syndicaux des personnels de santé scolaire.

Néanmoins, le rapporteur spécial encourage le ministère de l'éducation nationale à **observer l'organisation de ces services dans les villes de santé scolaire, avec un travail en équipes pluridisciplinaires composées de médecins, d'infirmiers et de secrétaires médicaux, qui permettent de mieux coordonner les interventions dans les écoles et de créer des liens étroits avec les équipes éducatives.** Ces modalités d'intervention semblent adaptées au premier degré scolaire, car les écoles ne disposent pas de locaux et d'effectifs d'élèves justifiant la présence permanente d'un médecin ou d'un infirmier au sein de l'établissement.

Ces derniers, lorsqu'ils sont affectés au premier degré, **pourraient être rattachés aux centres médico-scolaires, où ils bénéficieraient d'un secrétariat médical et de locaux,** auxquels pourraient également être rattachés les psychologues de l'éducation nationale de la spécialité EDA, ainsi que des assistants sociaux lorsqu'une situation sociale particulière le justifie.

Une prise en charge précoce d'un certain nombre de difficultés qui émergent à l'école pourrait permettre d'éviter que ces problématiques se poursuivent et s'aggravent lors de l'entrée au collège. Cela **faciliterait également l'entrée des élèves, dès leur plus jeune âge, dans des parcours de santé adaptés à leurs besoins,** afin d'être orientés plus efficacement vers des professionnels de santé extérieurs à l'éducation nationale.

Recommandation n° 15. Donner la priorité au premier degré dans l'orientation générale de la politique de santé scolaire en redéployant des personnels vers les centres médico-scolaires.

C. POURSUIVRE LE DÉVELOPPEMENT DE LA DÉMARCHÉ PARTENARIALE AVEC LA MÉDECINE DE VILLE ET LES SERVICES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

L'école n'a pas vocation à devenir un établissement de santé. C'est pourquoi, la politique de santé à l'école ne peut pas fonctionner sans entretenir des liens étroits avec la médecine de ville, la médecine de PMI et les services du ministère de la santé.

1. Favoriser le partage d'information entre médecine de ville, médecine de PMI et médecine scolaire

Pour rendre la politique de santé scolaire plus efficace, l'un des leviers d'action les plus importants implique un **meilleur partage des informations entre les professionnels qui examinent un même enfant**.

Aujourd'hui, la communication entre ces différents acteurs est difficile du fait d'un **déficit d'interopérabilité entre les outils qu'ils utilisent**. Cela peut conduire à une double saisie d'une même information, mais aussi à des examens réalisés deux fois par deux professionnels différents.

Cet enjeu est majeur en ce qui concerne la réalisation des dépistages obligatoires. En effet, **une grande partie des enfants bénéficient des examens nécessaires dans le cadre du suivi réalisé par leur pédiatre ou par leur médecin traitant**. Il n'est donc pas opportun qu'ils fassent l'objet à nouveau du même examen par un médecin scolaire, surtout si cela se fait au détriment d'un élève qui, lui, n'en aurait pas bénéficié dans le cadre de la médecine libérale. Or, aujourd'hui, **l'éducation nationale n'a pas accès aux informations permettant de prioriser les élèves qui n'auraient pas fait l'objet d'un dépistage en dehors de l'école**.

La dématérialisation du carnet de santé de l'enfant constitue une piste prometteuse pour améliorer le partage d'information entre les différents professionnels qui sont amenés à suivre l'enfant. Selon les informations communiquées par la direction générale de la santé au rapporteur spécial, il est prévu d'intégrer, sur une période allant de 3 à 4 ans à partir de la fin de l'année 2023, des « briques » du carnet de santé de l'enfant dans l'application « Mon espace santé » qui accueille désormais le dossier médical partagé. Les informations concernées par cette dématérialisation seraient notamment les vingt examens de santé obligatoires, dont ceux réalisés à l'école, les courbes de croissance, les recommandations liées à l'âge, les recommandations et les rappels vaccinaux.

La direction générale de la santé précise néanmoins que cette dématérialisation progressive du carnet de santé de l'enfant suppose de rendre interopérables les logiciels métiers des professionnels de santé, généralistes et pédiatres avec l'application « Mon Espace Santé ». Dans un deuxième temps, les logiciels des PMI et des maternités seraient concernés. Enfin, la DGS indique que des travaux sont en cours avec l'éducation nationale pour assurer à terme l'interopérabilité des logiciels.

Le rapporteur spécial encourage vivement le ministère de l'éducation nationale à travailler sur l'interopérabilité des logiciels professionnels des personnels de santé scolaire, d'abord au sein même du ministère, puis avec les différents professionnels de santé que l'enfant est amené à consulter.

Recommandation n° 16. Garantir, à terme, l'interopérabilité des logiciels professionnels de personnels de santé scolaire avec les applications utilisées par l'ensemble des professionnels de santé que l'enfant est amené à consulter.

2. Développer les liens entre médecine scolaire et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

L'une des plus grandes difficultés évoquées par les personnels de santé scolaire rencontrés par le rapporteur spécial tient à la **problématique de l'orientation des élèves vers des professionnels extérieurs à l'éducation nationale, surtout dans les territoires considérés comme des déserts médicaux.**

Cette situation est particulièrement délétère pour les élèves dont les problèmes de santé ont été détectés au sein de l'école, mais qui ne peuvent pas être pris en charge par les professionnels adéquats pour traiter leur difficulté. Ainsi, les orthophonistes ou les pédopsychiatres sont très peu nombreux sur le territoire français. **L'absence de prise en charge adaptée pour ces élèves implique un accompagnement supplémentaire des personnels de santé scolaire, alors même qu'il ne leur appartient pas, en principe, de remédier à la situation des déserts médicaux.**

Dans un contexte où la démographie médicale sera défavorable pour les dix prochaines années, le rapporteur spécial estime qu'il faut réfléchir à des solutions alternatives à l'orientation « sèche » des élèves hors du cadre scolaire. Le dispositif des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) semble faire partie du panel de solutions envisageables. Les CPTS ont vocation à structurer l'offre de santé ambulatoire sur un territoire en lien avec le secteur sanitaire, médico-social et social pour améliorer l'accès aux soins et organiser les parcours pluridisciplinaires autour du patient.

Aujourd'hui, selon les informations communiquées au rapporteur spécial, **les personnels de santé scolaire, et en particulier les médecins, ne sont pas, ou très peu, impliqués dans la mise en place des CPTS.** Or, pour favoriser la mise en place d'une continuité dans le parcours de santé des enfants, il apparaît nécessaire que les professionnels de médecine scolaire intègrent les CPTS afin de disposer de ressources supplémentaires pour orienter les enfants vers des professionnels libéraux ou des structures médico-sociales. Cela permettrait également aux médecins scolaires de développer des projets de santé adaptés aux besoins identifiés dans leur champ d'intervention.

Recommandation n° 17. Favoriser l'intégration systématique des médecins scolaires dans les CPTS pour améliorer l'accès aux soins des élèves.

3. Mettre l'accent, dans ces coopérations, sur la prise en charge de la santé psychique des élèves

Le rapporteur spécial a pris acte des témoignages inquiétants des personnels de santé scolaire sur la santé mentale des élèves. Le bien-être psychique des enfants et des adolescents doit devenir une priorité absolue dans la politique de santé scolaire.

Les missions des psychologues de l'éducation nationale doivent être recentrées sur la prise en charge des situations de détresse psychologique des élèves. Des actions de prévention collective doivent également être organisées pour lever les tabous qui peuvent encore entourer les troubles psychiques. L'ensemble de la communauté éducative doit être formée au repérage et à l'accompagnement des élèves en souffrance.

Néanmoins, **ces actions ne seront pas utiles si les élèves identifiés ne sont pas pris en charge en dehors de l'école**. À cet égard, l'implantation des maisons des adolescents apparaît comme un dispositif relais adapté à l'accompagnement des adolescents en difficulté. Les maisons des adolescents accueillent les jeunes dans un lieu accessible et non stigmatisant. Après une première écoute généraliste, les adolescents peuvent se voir proposer un suivi plus approfondi dans le cadre d'un parcours d'accompagnement personnalisé sollicitant différentes compétences du réseau. Les maisons des adolescents jouent un rôle d'interface et d'articulation entre les différents intervenants de l'adolescence (psychiatres, services de l'aide sociale à l'enfance, équipes de secteurs, etc.).

La difficulté que rencontrent aujourd'hui les professionnels de la santé scolaire provient de la **saturation des maisons des adolescents, comme des centres médico-psychologiques par ailleurs**. Dès lors, dans l'attente de trouver une prise en charge adaptée pour l'élève en difficulté, ils assurent eux-mêmes une forme de suivi, alors même que cela ne relève pas de leurs missions.

En conséquence, le rapporteur spécial appelle le ministère de la santé à développer une réponse adaptée à la dégradation inquiétante de la santé mentale des enfants et des adolescents afin que ces derniers puissent être orientés rapidement et efficacement vers des structures adéquates pour leur prise en charge.

Recommandation n° 18. Développer l'offre de structures médico-psychologiques adaptées à la prise en charge de la souffrance psychique des enfants et des adolescents
--

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Lors de sa réunion de 21 heures, le mercredi 10 mai 2023, la commission des finances a entendu M. Robin Reda, rapporteur spécial des crédits de la mission Enseignement scolaire, sur son rapport d'information sur la médecine scolaire et la santé à l'école, présenté en application de l'article 146, alinéa 3, du règlement de l'Assemblée nationale.

M. Robin Reda, rapporteur spécial (Enseignement scolaire). Dans le cadre du printemps de l'évaluation de la mission *Enseignement scolaire* dont j'ai l'honneur d'être le rapporteur spécial, j'ai pris le parti de m'intéresser à la question de la médecine scolaire et de la santé à l'école. Ce thème revient régulièrement dans le débat scolaire. Durant les quinze dernières années, il a fait l'objet d'une attention soutenue du ministère de l'éducation nationale, interpellé par différents rapports plus ou moins alarmants.

Le dernier rapport en date est celui de la Cour des comptes, publié en avril 2020 et dont j'ai auditionné longuement les auteurs. De toute évidence, les observations et recommandations de ce rapport exhaustif sur la situation de la santé à l'école sont encore valables aujourd'hui et il est inutile de préciser qu'il a été publié dans la période de la crise sanitaire et de ses interminables développements, qui ne se prêtait pas à la remise à plat des organisations, notamment en matière de santé scolaire.

À ce stade, je veux saluer le travail des professionnels de santé à l'école, médecins scolaires, infirmiers, assistants sociaux et psychologues, dont l'activité a été particulièrement orientée vers la gestion des conséquences de la crise Covid ces trois dernières années. Si le temps des protocoles sanitaires et des lignes de vaccination est derrière nous, chacun a pu en mesurer les conséquences psychologiques sur la bonne santé mentale des élèves. Beaucoup des professionnels de santé que j'ai rencontrés dans le cadre de mes auditions me l'ont dit : les enfants ne vont pas bien, évidemment pas partout ni dans les mêmes proportions, mais nous ne pouvons pas nier les difficultés psychiques qui se font jour chez les élèves. Ils ont grandi dans un monde qui n'a cessé de jouer avec leurs émotions.

Bien sûr, je ne suis pas venu vous rapporter une situation facile. Les résultats pour le moins contrastés de la politique de santé à l'école sont objectivés tant par les statistiques ministérielles que par les remontées de terrain. Mais la situation dont nous débattons aujourd'hui n'est pas imputable à telle ou telle gestion. Elle a été évoquée par tous les candidats aux élections présidentielles des vingt dernières années, de tous les bords politiques.

Si j'ai choisi d'évoquer la médecine scolaire dans ce printemps de l'évaluation, c'est aussi parce que j'ai été sensible au débat que plusieurs d'entre

vous avaient ouvert par voie d'amendement lors de nos échanges en commission sur le PLF 2023. Comme je l'avais alors dit dans mes réponses en tant que rapporteur spécial, la situation ne se réglera pas qu'à coup de transferts de crédits. Car, même s'il existe bien des enjeux de revalorisation budgétaire, la médecine scolaire ne souffre pas tant d'un manque de moyens financiers que d'un manque d'organisation. Sur l'ensemble des programmes de la mission *Enseignement scolaire*, elle est dotée de plus de 1,3 milliard d'euros, un budget en augmentation constante, de l'ordre de 5 % sur les cinq dernières années.

Ce budget se décompose en deux grands ensembles : la rémunération et les actions adossées à l'activité des médecins, infirmières et assistants de services sociaux pour 820 millions d'euros ; celles des psychologues du 1^{er} et du 2^e degré pour 490 millions d'euros.

Avec autant de moyens, je le dis clairement : un autre monde de la santé scolaire est possible. Et je voudrais partager avec vous trois convictions pour venir aux préconisations opérationnelles de ce rapport.

Premièrement, l'école et la santé vont de pair : il n'y a pas de réussite scolaire possible pour un enfant qui ne va pas bien.

Les troubles qui entravent concrètement les apprentissages peuvent relever des troubles de la vue, de l'ouïe, de la parole, des troubles du comportement, pathologies chroniques, handicaps, violences morales ou physiques, grossesses précoces – notamment dans le cadre familial. Les personnels de l'éducation nationale m'ont fait part de la diversité croissante des problématiques et du sentiment qu'elles s'accroissent parce qu'on les confesse plus facilement – ce qui est bien entendu une bonne chose. Méconnaître et ne pas traiter ces problèmes de santé, c'est accroître le risque d'échec scolaire.

Les personnels médico-sociaux de l'éducation nationale travaillent dans une approche globale de la santé des élèves. Autrement dit, l'école n'est pas formellement le lieu du soin, mais le lieu idéal de la prévention. Les orientations du MENJ se déclinent autour de trois grands axes : la prévention et le repérage des troubles, l'accompagnement des élèves à besoins particuliers et les actions collectives d'éducation à la santé. Ces priorités recouvrent des objectifs ambitieux au quotidien, d'autant plus dans un contexte de montée en puissance de l'école inclusive et au sortir de la crise sanitaire qui a accru les difficultés psychiques.

Deuxièmement, la performance de la santé scolaire – sur la base des indicateurs actuels – est de toute évidence une source d'insatisfaction pour tout le monde, à commencer par les professionnels de santé eux-mêmes.

La santé scolaire bénéficie de moyens non négligeables, soit 1,3 milliard d'euros – dont je précise toutefois à titre strictement budgétaire qu'il est difficile d'identifier les contours précis tant les données sont dispersées dans les documents budgétaires. Ce budget représente avant tout la masse salariale des quelque 900

médecins, 8 000 infirmières, 3 000 assistants sociaux et 7 000 psychologues rémunérés par l'éducation nationale.

Sur le fondement des moyens actuels, la médecine scolaire ne répond pas aux objectifs qui lui sont fixés. Huit enfants sur dix n'ont jamais vu un médecin scolaire à l'école primaire et quatre enfants sur dix n'ont pas de bilan de santé à l'entrée au collège. La non-réalisation des bilans médicaux et infirmiers pourtant obligatoires est le marqueur le plus significatif de cette performance dégradée. Pour le reste, même si on ne doute pas de l'implication quotidienne des professionnels de santé à l'école avec des missions qui sont, dans les établissements scolaires plus qu'ailleurs, intimement liées au profil des élèves, au climat scolaire et à la situation particulière des territoires, on ne peut que regretter l'absence d'indicateurs et de statistiques sur cette politique publique.

Troisièmement, le principal frein au bon fonctionnement de la santé à l'école réside dans le pilotage défaillant et la distribution inégale des forces à l'échelle des établissements.

Vous l'avez compris, quatre professions relèvent du domaine de la santé scolaire. Celles-ci n'ont pas les mêmes rattachements hiérarchiques ni la même culture administrative. En pratique, le médecin répond du directeur départemental des services de l'éducation nationale tout comme l'assistant social, tandis que l'infirmière dépend du ou des chefs d'établissement du second degré dans lesquels elle intervient, et que le psychologue dépend quant à lui du rectorat. Personne n'a le même chef. En toute connaissance de cause de l'émoi que peuvent susciter des évolutions dans les rattachements hiérarchiques et les conséquences statutaires que cela entraîne, je préconise à tout le moins qu'un pilotage opérationnel des forces en présence soit unifié autour du Dasen. La collaboration entre ces métiers existe, mais elle repose sur la bonne volonté des personnes et elle existe quand celles-ci peuvent effectivement se croiser. Or une infirmière ne peut pas croiser un médecin qui n'existe pas et un psychologue ne peut pas croiser une infirmière s'il occupe son bureau quand elle n'est pas là.

Cela va de pair avec une sensibilisation accrue des Dasen aux problématiques de santé à l'école afin qu'ils la prennent mieux en compte dans leurs politiques éducatives.

Un meilleur pilotage ne nous exemptera pas de régler les problèmes d'attractivité des métiers de la médecine scolaire. Un médecin scolaire commence sa carrière avec une rémunération socle autour de 2 000 ou 2 500 euros par mois et atteint difficilement les 4 000 euros après quinze ans de carrière. De plus, un tiers des postes ouverts dédiés aux médecins scolaires ne sont toujours pas pourvus. Je recommande donc d'aligner les médecins sur leurs homologues de la fonction publique, pourquoi pas en allant jusqu'à l'unification du corps des médecins de santé publique. D'autre part, il faut reconnaître que les infirmières scolaires sont aujourd'hui les clés de voûte de la santé à l'école. Elles sont les plus présentes, les plus sollicitées et les mieux identifiées par les élèves ainsi que par la communauté

éducative. Ne nous leurrions pas, les médecins continueront à manquer au moins à court terme. Il faut donc reconnaître leur rôle, qui est de plus en plus important dans le second degré. Une discussion pourrait être engagée sur leurs missions, leur implication pour atteindre les objectifs de santé publique et leur rémunération.

Enfin, à la croisée des chemins entre le CNR Santé et le CNR Éducation, il faut mettre autour de la table les acteurs des quatre professions de la santé à l'école pour redéfinir leurs besoins et leurs rôles. L'objectif tient, *in fine*, tant à un recentrage des missions pour répondre aux besoins des élèves qu'à la possibilité de faire tomber les barrières entre médecine scolaire et médecine de ville. Et la santé scolaire s'inscrit dans le contexte plus vaste de la démographie médicale déclinante dans certains territoires, avec des difficultés de prises en charge des soins, notamment pour les consultations de spécialistes. En cela je préconise d'expérimenter là où cela est possible des complémentarités entre l'école et les communautés pluriprofessionnelles de santé.

La médecine scolaire est au carrefour des priorités de nos concitoyens : école et santé. Il s'agit également d'une priorité de la feuille de route du Gouvernement et de la Première ministre ainsi que du ministre de l'éducation nationale. Ce sujet concentre les difficultés de ces deux pans de l'action publique : problèmes d'attractivité à l'éducation nationale et problèmes de pilotage pour la santé. Or la médecine scolaire est essentielle. Les enjeux du repérage de ce qui va mal chez un enfant, dans sa famille, la capacité à donner l'alerte et à trouver la bonne prise en charge au bon moment doit devenir une priorité politique, mais aussi un réflexe sur le terrain, en l'occurrence au sein de la communauté scolaire. Donner de l'importance à la santé à l'école aujourd'hui, c'est s'assurer de la réussite des enfants, mais c'est aussi éviter les drames de demain.

Le rapport défend la thèse qu'une augmentation assez modeste des moyens alloués à la médecine scolaire accompagnée d'une volonté politique forte de simplification et de redéfinition des missions peut réellement changer les choses. Médecine scolaire et santé à l'école touchent chacune des familles des 12 millions d'élèves français. C'est une question de bien-être à l'école, et plus généralement de bien-être dans la société.

M. Pap Ndiaye, ministre. Je vous remercie pour cette présentation synthétique ainsi que pour le rapport d'information très riche sur lequel je me penche avec beaucoup d'intérêt. En effet, cette question de la médecine scolaire est évidemment essentielle et je ne serai pas celui qui vous dira que la situation actuelle est parfaitement satisfaisante.

Le code de l'éducation nous oblige parce que les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'éducation nationale. Ce sont des actions tant individuelles que collectives de promotion de la santé qui ont des effets sur le travail scolaire, la continuité pédagogique et la réussite scolaire. Cette mission de prévention de la santé scolaire est essentielle : investir dans la prévention, c'est éviter des demandes ultérieures de soin. Les situations doivent donc être prises en charge

avant de se dégrader et de nécessiter des soins plus lourds. La mission de repérage est également prégnante, puisque toute la communauté éducative, et les personnels de santé au premier chef, sont les acteurs de cette mission qui permet de détecter un élève qui ne va pas bien physiquement ou mentalement. Les personnels de santé peuvent aussi être conduits à détecter des situations de harcèlement ou des difficultés parfois catastrophiques – je pense en particulier aux violences intrafamiliales. Les personnels de l'éducation nationale sont certes pleinement mobilisés, mais nous ne pouvons pas nous satisfaire de la situation de la santé scolaire aujourd'hui.

Les difficultés sont récurrentes et sont liées soit au recrutement soit à des enjeux d'organisation, de pilotage et d'articulation entre les acteurs. Pour le recrutement, la question se pose davantage en termes d'attractivité des métiers qu'en termes de moyens. Les postes de médecins existent, mais nous rencontrons des difficultés pour trouver les personnels. Nous pourrions doubler les postes de médecin scolaire, mais cela ne changerait rien, car nous aurions seulement plus de postes vacants. À ce jour, un tiers des postes de médecins scolaires sont vacants, et le phénomène est accru en ruralité. Nous avons revalorisé la carrière des médecins de l'éducation nationale de manière assez nette depuis 2017, mais cela ne suffit pas.

S'agissant des infirmières et infirmiers, le ministère a également engagé une revalorisation et une politique volontariste de promotion de ce métier dans les écoles d'infirmières. En 2022, les indices de rémunération ont été revalorisés dans la continuité du Ségur de la santé. De plus, nous avons augmenté de 22 % le nombre de postes offerts au concours infirmier 2023.

Aujourd'hui, au-delà de ces efforts qui doivent évidemment se poursuivre, l'enjeu est de refonder la santé scolaire pour améliorer le système au bénéfice des élèves dans le cadre de la stratégie nationale de la santé. Elle est pilotée par le ministère de la santé et de la prévention et vise à mieux construire et coordonner l'accès à la santé des enfants avant l'âge de six ans, puis au-delà. Elle requiert un travail partagé entre les équipes éducatives, les personnels de santé scolaire, la PMI et les personnels de santé. Les Assises de la santé de l'enfant et de la pédiatrie devraient voir émerger une feuille de route dans laquelle nous devrions nous impliquer.

Nous avons aussi lancé la démarche « École promotrice de santé » afin d'articuler le déploiement d'actions pédagogiques et éducatives en promotion de la santé, de mobiliser la communauté éducative, y compris les parents, et d'engager les élèves, notamment pour partager des messages de prévention. Tous les personnels de l'éducation nationale sont des acteurs de l'« École promotrice de santé », mais je souhaite que cette démarche globale s'inscrive dans une organisation qui permette d'assurer une meilleure coordination des acteurs au bénéfice des élèves au sein de l'éducation nationale et à l'extérieur avec les autres acteurs de santé présents sur le territoire. Vous avez d'ailleurs décrit des situations qui sont objectivement peu compréhensibles lorsqu'on se penche dessus. Elles génèrent, à l'évidence, d'importantes difficultés.

Enfin, nous sommes aussi en attente du rapport sur le devenir de la médecine scolaire, qui a été demandé dans la foulée de la loi 3DS l'année dernière aux inspections générales de l'administration, des affaires sociales et de l'enseignement, du sport et de la recherche. Ce rapport est attendu pour le mois de juin et devrait donner lieu à un débat qui nous permettra d'avancer sur cette question.

Mme la présidente Véronique Louwagie. Vous avez évoqué, monsieur le rapporteur spécial, les postes de médecins vacants. Monsieur le ministre, vous avez précisé qu'ils étaient plus nombreux en ruralité. Je voudrais connaître la répartition des taux de réalisation des bilans infirmiers dès la deuxième année. Existe-t-il des disparités très importantes selon les territoires ? Je renouvelle ma question pour la visite médicale obligatoire de sixième année.

M. Jean-René Cazeneuve, rapporteur général. Je vous remercie pour cette présentation très complète. Vous avez parlé de rattachement hiérarchique : pouvez-vous préciser votre recommandation en la matière ?

Mme la présidente Véronique Louwagie. Nous allons maintenant entendre les orateurs des groupes.

M. Dominique Da Silva (RE). Le constat dressé par le rapporteur spécial nous éclaire sur l'enjeu essentiel qu'est la médecine scolaire et sa situation peu conforme à l'idée que nous nous faisons de l'école pour nos 12 millions d'élèves et leurs familles. Depuis la crise, les problèmes psychologiques se sont aggravés et le besoin de prévention, de repérage et d'orientation vers des professionnels médicaux est plus que jamais au cœur des préoccupations des Français. Même si l'école n'est pas un hôpital, elle est tout de même le service public le plus fréquenté par nos jeunes. Nous devons donc nous appuyer dessus pour améliorer ce pilotage, et ce avec une augmentation modeste des moyens, sachant qu'un médecin scolaire gagne deux fois moins que son collègue hospitalier. Il nous faut éviter une crise des vocations, qui a commencé avec les médecins et pourrait se poursuivre avec les infirmières. La situation n'est certes pas nouvelle, mais elle s'aggrave d'année en année compte tenu des difficultés des autres secteurs de santé. L'attente est évidemment forte et le sujet est au carrefour de nos priorités. Il s'agit aussi d'un sujet de justice pour nos enfants et pour l'égalité des chances.

Je voudrais saluer, monsieur le ministre, votre prise de position claire sur le sujet. Vous avez conscience des problématiques évoquées par le rapporteur spécial et j'espère donc que ce rapport est la première pierre de l'amélioration de la santé à l'école.

M. Fabien Di Filippo (LR). Un article du *Parisien* titrait ce matin « L'école, premier désert médical de France » et je me garderais bien de donner des leçons, car cette problématique est évidemment compliquée. Nous constatons les pénuries de médecins partout, et elles sont statistiquement accentuées là où les rémunérations sont les plus basses. Je pense que le mode de pratique sans garde et sans astreinte peut être adapté à la volonté de certains, mais il faudra bien trouver des solutions

créatives dans les années à venir. On constate aujourd'hui que 30 % des postes sont vacants, mais nous ne parvenons qu'à en renouveler un sur deux. À court terme, le déficit peut donc encore s'aggraver. Pourtant, huit enfants sur dix n'ont pas eu la visite médicale au CP et ils sont encore quatre sur dix à ne pas avoir eu de bilan infirmier au collège. Des systèmes croisés avec de la médecine de ville ou hospitalière doivent être trouvés, notamment avec des infirmières en pratique avancée.

Je souhaite souligner que ce manque d'infirmiers en milieu scolaire se fait au détriment des plus modestes. En effet, ils ont l'occasion d'avoir, par ce moyen, un dépistage précoce sur certaines pathologies, comme les problèmes de vue ou les troubles de l'attention, qui peuvent être prises en charge rapidement, avant le drame de l'échec scolaire, voire des processus de désocialisation. Par rapport à cette situation de pénurie qui va s'aggraver – il faut bien être réaliste –, existe-t-il des solutions dégagées ?

Mme Sophie Mette (Dem). Nous tenons à remercier M. le rapporteur spécial d'avoir choisi ce thème d'évaluation. Les missions des personnels de santé et de l'éducation nationale sont essentielles pour nos élèves et les missions des personnels de santé se font en lien avec les équipes pédagogiques, à la fois dans la prévention, le repérage des causes des troubles, la détection des signaux faibles, l'accompagnement des élèves à besoins particuliers et les actions collectives d'éducation à la santé et à la promotion de la santé. Près de 1,3 milliard d'euros seraient consacrés à la politique de santé scolaire selon la Cour des comptes en 2018. Toutefois, un manque de personnels de santé apparaît dans les académies ainsi qu'une fragilité des réseaux d'aides spécialisées aux enfants en difficulté dans les Rased. Ces manques de personnels ont un impact direct sur les élèves. Les dépistages médicaux et infirmiers obligatoires à l'âge de six et douze ans ne sont pas réalisés pour l'ensemble des élèves. Monsieur le ministre, quelles mesures votre ministère compte-t-il mettre en œuvre sur ce sujet à court et à moyen terme ?

Il est certes nécessaire de renforcer les effectifs, d'une part pour que les personnels de santé scolaire remplissent leurs missions actuelles et, d'autre part, pour accompagner les enseignants sur l'éducation à la sexualité des élèves. Ce sujet représente un enjeu qui n'est pas, à cette heure, réalisé de manière probante et complète. C'est d'ailleurs ce que confirme le rapport du ministère de l'éducation nationale de juillet 2021 sur l'éducation à la sexualité en milieu scolaire. Parmi les recommandations de ce rapport figurent les éléments suivants : attribuer au chef d'établissement la mission d'organiser des séances annuelles en lien avec les comités d'éducation à la santé et la citoyenneté ; renforcer les formations en éducation à la sexualité conjointes entre les personnels de santé, exerçant aussi bien dans le second degré que dans le premier, et les autres personnels de l'éducation nationale ou des associations intervenant sur ce sujet. Monsieur le ministre, comment comptez-vous mettre en place cette éducation à la sexualité dans les établissements scolaires dès le plus jeune âge et, plus généralement, comment le ministère envisage-t-il la prise en compte de ces recommandations ?

M. Inaki Echaniz (SOC). Je me réjouis d'entendre des propos sur la crise actuelle que traverse l'éducation nationale en termes de santé. J'ai parlé tout à l'heure des CPE et de la vie scolaire, mais nous faisons ici face au deuxième parent pauvre de l'éducation nationale, à savoir le secteur du médico-social. Nous alertons, au nom du groupe socialiste et des équipes éducatives, depuis bientôt plus de cinq ans sur cette crise. À titre personnel, en cinq ans et demi d'exercice dans l'éducation nationale, je n'ai jamais vu un médecin scolaire venir dans mon établissement scolaire. Pendant cette période, j'ai fait trois rentrées sans assistante sociale, sans infirmière, sans psychologue de l'éducation nationale dans un REP au cœur de Saint-Denis, qui mériterait *a minima* d'avoir une infirmière pour traiter toutes les difficultés sanitaires auxquelles font face les élèves. Je viens également d'un milieu rural, où la même problématique est présente. Je me réjouis que nous puissions enfin parler de cette crise, car souvent dans les rectorats, les postes sont présents, mais non pourvus.

Monsieur le ministre, allons taper ensemble à la porte de Bercy pour revaloriser fortement ces postes d'infirmières, de psychologues et d'assistantes sociales. En Seine-Saint-Denis, il est plus attractif pour une psychologue ou une infirmière de l'éducation nationale de travailler pour le conseil départemental, qui est déjà dans une situation de précarité intense plutôt que de venir au sein de l'éducation nationale. Nous pouvons mutualiser autant qu'on veut : tant qu'on ne paie pas suffisamment ces personnes, on ne les trouvera pas. Souvent, ce sont les CPE qui se retrouvent, comme j'ai pu le faire, médecin ou infirmier par procuration.

Mme la présidente Véronique Louwagie. Nous passons désormais aux autres orateurs.

M. Emmanuel Lacroix (RE). Le rapporteur spécial nous rappelle que nous portons, ce soir, attention aux formidables énergies qui animent nos communautés éducatives, soit 900 médecins, 8 000 infirmiers, 3 000 assistants sociaux et 7 000 psychologues. Monsieur le ministre, vous nous avez convaincus que vous étiez pleinement conscient des enjeux rencontrés par la santé scolaire dans un contexte de démographie médicale bien connu. Après les actions lancées en 2021 et 2022 pour les enseignants, comment l'effort est-il amené à se poursuivre en matière de rémunération ? De plus, de quelle façon le secrétariat médical et la requalification de la filière administrative pourraient-ils soulager les médecins et leur permettre de se concentrer sur leur mission première ? Faut-il engager une démarche de revue des missions des médecins ?

M. Pap Ndiaye, ministre. À l'évidence, nous devons prolonger ce débat, qui est tout à fait essentiel. Je mentionnais notamment le rapport des inspections générales et nous devons y répondre.

Le taux de réalisation des visites est extrêmement variable : en effet, il varie entre 0 % et des niveaux tout à fait satisfaisants selon les départements. Pour la douzième année, ce taux varie entre 6 % dans le Tarn-et-Garonne et 98 % dans la

Creuse. Les chiffres moyens cachent donc des disparités, qui ne sont pas satisfaisantes.

La question des rémunérations est importante ; c'est pourquoi les médecins ont connu des hausses de rémunération tout à fait importantes, c'est-à-dire +3 000 euros bruts annuels en 2022 et +1 700 euros bruts annuels en 2021. Nous devons continuer du côté des infirmiers. Je crois néanmoins que la question ne se résume pas uniquement à des hausses de salaire, bien qu'elles soient nécessaires. Lorsqu'on enquête dans les facultés de médecine, la médecine du travail et la médecine scolaire sont moins choisies, pas seulement en raison des rémunérations qui sont plus basses, mais aussi en raison de considérations plus profondes quant à la nature du métier. Les étudiants ont parfois le sentiment que ce n'est pas un métier de soin, mais davantage un métier de prévention.

Monsieur Di Filippo, vous avez mentionné des alternatives, notamment au moyen du développement des infirmiers et infirmières de pratique avancée qui peuvent réaliser des actes importants. Je ne dirais pas qu'ils peuvent suppléer les médecins, mais nous devons envisager une gamme de réponses possibles.

Nous avons également à réfléchir à l'organisation générale de notre système, car certains métiers travaillent parfois en silo. J'ai été frappé du manque de communication qui existe parfois entre les infirmiers et infirmières, les assistantes sociales et les autres acteurs de l'éducation nationale. Un ensemble de questions méritent d'être mises à plat et ce sujet ne relève pas uniquement d'une hausse mécanique des budgets. Le budget pourrait d'ailleurs être discuté assez longuement. Par exemple, les psychologues EN dans le second degré sont souvent d'anciens conseillers d'orientation. Leurs tâches relèvent donc parfois davantage de l'orientation.

Madame Mette, vous avez raison d'insister sur la question de l'éducation à la sexualité. Nous devons à la fois respecter la loi du 4 juillet 2001 et prendre en compte notre mission relative à ces enjeux de santé publique, mais aussi sociaux et de réduction des formes de violences sexistes et sexuelles. Concrètement, les pays où l'éducation à la sexualité est mieux assurée que dans le nôtre enregistrent des formes de violence moindres.

Nous allons d'ailleurs lancer une nouvelle enquête en juin pour voir si la circulaire de rentrée et les fiches pédagogiques mises en place au mois d'octobre ont quelque efficacité. J'annoncerai des mesures extrêmement fortes au mois de juin, car l'enjeu est essentiel et nous devons respecter la loi. Les infirmières scolaires jouent d'ailleurs un rôle important dans l'éducation à la sexualité, car elles assurent généralement les trois séances en principe prévues chaque année avec les professeurs de SVT.

Il y a tant de raisons qui plaident en faveur d'une réforme de la santé scolaire et je crois que nous en sommes tous persuadés ici. Je serais d'ailleurs très heureux

d'échanger devant vous après avoir mené une réflexion autour du rapport remis par le rapporteur spécial. Clairement, la situation n'est pas satisfaisante actuellement.

M. Robin Reda, rapporteur spécial (*Enseignement scolaire*). Je vous remercie, monsieur le ministre, de l'intérêt que vous avez porté à ces réflexions ainsi que de ces pistes de réponse et d'actions engagées.

Une amélioration du fonctionnement de la médecine scolaire est nécessaire. La question d'un éventuel service unifié de santé scolaire se pose. Ce terme générique recouvre des réalités organisationnelles et syndicales qui ne sont pas simples. Il est évident qu'il faut mieux faire travailler ensemble les quatre professions de la santé scolaire. L'échelon académique départemental me paraît être l'échelon le plus pertinent pour mettre en coordination ces acteurs, avec ensuite l'échelon des IEN et des chefs d'établissement. C'est également valable dans la coordination avec la médecine de ville et les acteurs en santé qui interviennent dans les établissements scolaires. De nombreux professionnels m'ont indiqué que l'ARS, qui menait des actions tout à fait satisfaisantes, ou des associations missionnées par le ministère, intervenaient dans les écoles à l'initiative de chefs d'établissement ou d'enseignants, sans forcément que l'infirmière ou le médecin scolaire soit au courant et coordonne l'action.

L'autre question porte sur une éventuelle décentralisation. Elle a été largement évoquée par l'ancien Premier ministre Édouard Philippe en 2019 lors des réflexions sur la décentralisation. Elle avait également été évoquée lors des débats sur la loi 3DS. Les interlocuteurs, syndicaux ou ministériels, que j'ai pu rencontrer rejettent plutôt cette idée de décentralisation de la médecine scolaire, car il existe des disparités très importantes entre les territoires. Une crainte porte en effet sur le fait que cette décentralisation accentue cette différenciation négative entre les territoires. Par ailleurs, le pilotage centralisé permet – on l'a vu pendant la crise sanitaire – d'avoir une gestion uniforme et plus efficace des problématiques, notamment en temps de crise. Il existe tout de même des communes qui ont pris la compétence médecine scolaire, comme la ville de Paris. Ce n'est pas le meilleur exemple, car ce territoire dispose de beaucoup de moyens.

Il faut mieux coordonner les PMI des départements avec la médecine scolaire. Je me suis d'ailleurs aperçu que les PMI faisaient des bilans sur les élèves de maternelle, et que ceux-ci étaient édités sur papier avant d'être envoyés dans les DSDEN. Ensuite, ceux-ci et les services des médecins scolaires doivent intégrer ces informations dans un système d'information distinct. Je pense que nous avons des efforts de coordination à fournir entre les bilans réalisés avant l'école et le moment d'entrée à l'école pour réduire la bureaucratie et augmenter l'efficacité au service de la santé de nos élèves.

La commission autorise, en application de l'article 146, alinéa 3, du Règlement de l'Assemblée nationale, la publication du rapport d'information de M. Robin Reda, rapporteur spécial.

ANNEXE N° 1 :
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR

Syndicat national des infirmiers conseillers de santé (SNICS-FSU) :

- Mme Saphia Guereschi, secrétaire générale,
- Mme Anne Fabrega, secrétaire générale adjointe,
- Mme Carole Pourvendier, secrétaire nationale,
- Mme Mathilde Varrette, trésorière adjointe.

Service santé scolaire de la Ville de Paris :

- Mme Eve Plenel, directrice de la santé publique de la Ville de Paris,
- Dr Mathilde Marmier, sous-directrice en charge de la santé des enfants, de la parentalité et de la santé sexuelle,
- M. Gilles Sredic, chargé de mission auprès de la directrice.

Cour des Comptes :

- M. Philippe Rousselot, conseiller maître, président de section à la troisième chambre,
- Mme Mireille Riou-Canals, conseillère maître, présidente de section à la troisième chambre.

Union nationale des associations autonomes de parents d'élèves (UNAAPE) : M. Patrick Salaün, président.

Ordre des médecins* : Docteur Lucie Jousse, conseiller national.

Audition commune des représentants des psychologues de l'éducation nationale :

Syndicat national des enseignants du second degré (SNES-FSU) :

- Mme Duriez Géraldine, psychologue de l'éducation nationale du second degré, secrétaire nationale,
- Mme Corine Tissier, psychologue de l'éducation nationale du second degré.

Syndicat national unitaire des instituteurs, professeurs des écoles et PEGC (FSU-SNUIPP) :

- Mme Delahaye Natacha, psychologue de l'éducation nationale premier degré,
- Mme Véronique Osika, psychologue de l'éducation nationale du second degré.

Syndicat des enseignants (SE-UNSA) :

- M. Jérôme Fournier, secrétaire national éducation,
- Mme Nathalie Eudes, déléguée nationale.

Association française des Psychologues de l'Éducation Nationale (AFPEN) :

- M. Laurent Chazelas, président,
- Mme Gaby Keiser-Weber, membre du conseil d'administration.

Association des psychologues et de psychologie dans l'éducation nationale (APSYEN) :

- Mme Sylvie Amici, psychologue et formatrice éducation nationale Académie de Créteil.

Syndicat national des médecins scolaires et universitaires (SNMSU) :

- Mme Jocelyne Grousset, co-secrétaire générale,
- Mme Mechtilde Dippe, membre du bureau national.

Audition commune ministère de l'éducation nationale :

Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) : M. Edouard Geffray, directeur général.

Direction générale des ressources Humaines : M. David Herlicoviez, chef du service des personnels ingénieurs, administratifs, techniques, pédagogiques, sociaux et de santé, et des bibliothèques.

Direction des services départementaux de l'éducation nationale de l'Essonne : M. Jérôme Bourne Branchu, directeur académique.

Audition commune des syndicats d'infirmiers scolaires :

SNIES UNSA éducation :

- Mme Gwenaëlle Durand, secrétaire générale,
- Mme Anne Morand, secrétaire générale adjointe.

SNFOIEN :

- Mme Sandra Marques, secrétaire générale,
- Mme Nora Djabari, infirmière de l'éducation nationale.

Audition commune des syndicats d'assistants sociaux en milieu scolaire :

Syndicat national unitaire des assistants sociaux de la fonction publique

– **Fédération syndicale unitaire (SNUASFP FSU) :**

- M. Brice Castel, secrétaire général,
- Mme Albine Caillié, membre du bureau national.

Syndicat national des assistants sociaux de l'éducation nationale (SNASEN UNSA Éducation) :

- Mme Tiphaine Jouniaux, secrétaire générale,
- Mme Marie Wexcsteen, secrétaire générale,
- Mme Patricia Rodriguez, membre du conseil syndical, assistante de service social.

Ministère de la santé et de la prévention : Contribution écrite de la direction générale de la santé et de la direction générale de l'offre de soin.

** Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le registre de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique.*