

# A S S E M B L É E      N A T I O N A L E

X V <sup>e</sup>      L É G I S L A T U R E

## Compte rendu

### Commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire

- Audition de Mme Sophie MOATI, présidente de la troisième chambre, doyenne des présidents de chambres, faisant fonction de première présidente, et M. André BARBÉ, président de section, sur le rapport d'enquête réalisé par la Cour des comptes, en application du 2° de l'article 58 de la loi organique relative aux lois de finances, sur les médecins et les personnels de santé scolaire..... 2
- Présences en réunion ..... 14

Mercredi  
27 mai 2020  
Séance de 9 heures

Compte rendu n° 65

SESSION ORDINAIRE DE 2019-2020

**Présidence de**

**M. Éric Woerth,**  
***Président***



*La commission entend Mme Sophie MOATI, présidente de la troisième chambre, doyenne des présidents de chambres, faisant fonction de première présidente, et M. André BARBÉ, président de section, sur le rapport d'enquête réalisé par la Cour des comptes, en application du 2° de l'article 58 de la loi organique relative aux lois de finances, sur les médecins et les personnels de santé scolaire.*

**M. le président Éric Woerth.** Je souhaite la bienvenue à Mme Sophie Moati, qui nous présente un rapport demandé par notre commission, en application du 2° de l'article 58 de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), portant sur les médecins et les personnels de santé scolaire.

Mme Sophie Moati est accompagnée de M. André Barbé, président de section, Mme Mireille Riou-Canals, conseillère maître, Mme Véronique Boussarie, rapporteure et MM. Gilles Pernias et Philippe Vannier, vérificateurs.

Le thème d'étude avait été suggéré par une de nos collègues, Mme Catherine Osson. Les conclusions de ce nouveau rapport, près de 9 ans après celui remis par la Cour des comptes au comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale, confirment l'idée selon laquelle il existe des problèmes structurels dans la politique publique de santé scolaire. Elle est conduite par 20 300 ETP pour une dépense totale, qui est essentiellement constituée de masse salariale, évaluée à 1,26 milliard d'euros en 2019. Ces dépenses ont augmenté de plus de 12 % depuis 2013, ce qui constitue un rythme soutenu alors même que les résultats ne sont pas au rendez-vous.

La Cour des comptes relève des failles organisationnelles ainsi qu'un défaut de pilotage. Chacun ne peut être que perturbé par la grève des statistiques, vous parlez même de « boycott » dans le rapport, pratiquée par une partie des personnels de santé. Je vous cite : « Sans être générale, la consigne syndicale de grève administrative, c'est-à-dire le refus de transmission des statistiques, est assez largement suivie, si bien que le ministère ne dispose que d'une information lacunaire et peu fiable ». D'où la nécessité dans laquelle vous avez été de construire vous-même les bases de données pour cette enquête qui n'en est ainsi que plus précieuse.

**Mme Sophie Moati, présidente de la troisième chambre, doyenne des présidents de chambres, faisant fonction de première présidente.** Comme convenu lors des échanges préparatoires avec madame la députée Catherine Osson, et dans le courrier du premier président, monsieur Didier Migaud, du 4 septembre 2019, l'enquête de la Cour des comptes a porté sur un périmètre incluant les médecins scolaires, les infirmiers, les assistants de service social et les psychologues de l'éducation nationale. Tous participent au repérage et au suivi des troubles de l'apprentissage susceptibles d'entraver la scolarité des élèves.

Les investigations de la Cour ont été conduites auprès de l'administration centrale des ministères de l'éducation nationale et de la santé et auprès des cinq académies de Bordeaux, Lille, Nancy-Metz, Paris et Toulouse. Au sein de ces dernières, les investigations se sont déployées dans les rectorats, les services départementaux de l'éducation nationale (DSDEN), les écoles et les établissements du second degré. Compte tenu de l'absence, au sein du ministère de l'éducation nationale, de statistiques retraçant l'activité et la performance des services, il nous a fallu procéder à une enquête détaillée sur la base d'un questionnaire diffusé auprès de toutes les académies et dont les résultats sont présentés dans les annexes du rapport auxquelles je vous invite à vous reporter.

La Cour s'est également attachée à présenter un premier bilan, également par enquête et questionnaire, bilan qui n'était jusque-là pas disponible, de la collaboration des services académiques avec les agences régionales de santé (ARS) et nous nous sommes attachés à dresser un état des interventions des 11 000 délégataires de mission de santé scolaire, afin d'établir, pour votre commission, un panorama aussi complet que possible.

Au terme de cette enquête, la Cour dresse un constat sévère de l'état de la médecine scolaire et de sa performance au regard de ses missions de prévention et de dépistage. Je vous présenterai successivement nos constats, l'analyse que nous avons pu en faire et les remèdes qu'il conviendrait d'y apporter.

Les constats principaux sont au nombre de trois. En premier lieu, la médecine scolaire souffre d'une pénurie de médecins, qui représentent moins d'un millier d'équivalents temps plein (ETP). Un tiers des postes, contractuels compris, sont vacants et le nombre de médecins scolaires a chuté de 15 % depuis 2013. Le taux d'encadrement des élèves s'est dégradé de 20 % en 5 ans, pour atteindre une moyenne d'1 médecin pour 12 572 élèves en 2018. Le taux d'encadrement a chuté dans 75 départements, et dans 31 d'entre eux au-delà de 40 %. L'activité des médecins scolaires se concentre sur les bilans de santé individuelle obligatoire et l'adaptation de la scolarité des élèves à besoins éducatifs particuliers, en situation de handicap ou atteints de pathologies chroniques. Face au nombre très important d'élèves à prendre en charge, les médecins de l'éducation nationale exercent principalement au bénéfice des élèves de l'enseignement public. Cependant, même en ne prenant en compte que l'enseignement public, le nombre d'élèves par ETP de médecin demeure supérieur à 10 000.

En deuxième lieu, les difficultés de la santé scolaire ne tiennent pas à un manque de moyens budgétaires. Elle a été dotée à hauteur de 1,260 milliard d'euros en 2019, et sa masse salariale a crû de 12 % depuis 2013. Le ministère dispose des emplois nécessaires pour recruter 30 % de médecins scolaires supplémentaires. Un effort important a été consenti pour mettre à niveau les dotations en personnels infirmiers. Leurs effectifs ont augmenté de 40 % en 20 ans (et de 4 % depuis 2013), alors que le nombre d'élèves est resté stable. De même, depuis 2013, les effectifs d'assistants sociaux ont progressé de 9 %, et ceux des psychologues de 5,2 %, avec un effort particulier pour les psychologues affectés au premier degré de l'enseignement, soit 9 %.

En troisième lieu, la performance en matière de dépistage obligatoire à des âges clés se situe très en deçà des objectifs et a reculé depuis 2015. Entre 2013 et 2018, le taux de réalisation de la visite de la sixième année de l'enfant par les médecins scolaires, déterminante au début des apprentissages scolaires, a chuté de 26 %, taux déjà historiquement bas, à 18 %. Ainsi, moins d'un enfant sur cinq en bénéficie alors qu'elle est, en principe, universelle. En outre, ce taux moyen recouvre de fortes disparités d'un département à l'autre. Sur les 99 départements pour lesquels un taux a pu être calculé, 34 sont en dessous de 10 % de réalisation, tandis que 20 ont un taux de réalisation supérieur à 30 %.

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

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

Pour la Cour des comptes, ces problèmes s'expliquent avant tout par un défaut d'organisation et par un pilotage déficient de la santé scolaire. Un pilotage déficient tout d'abord : depuis plusieurs années, le recueil des statistiques d'activité et de performance des services est paralysé par un boycott syndical de la transmission des informations – ce qui a obligé la Cour à procéder à une enquête directe et généralisée auprès des services des rectorats et des DSDEN. L'administration a laissé perdurer cette situation, tout en la déplorant. Le pilotage de la santé scolaire se fait donc aujourd'hui à l'aveugle. L'évaluation de l'activité, de l'efficacité et de l'efficience de l'action des personnels de santé scolaire est impossible. L'absence d'informations statistiques continues marque ainsi une décorrélation dans bien des cas entre taux de réalisation des visites et taux d'encadrement des élèves par les médecins et infirmiers. Les taux de réalisation de la visite de sixième année peuvent être équivalents pour des départements dont la charge de dépistage par médecin va du simple au double, voire au triple ; les taux de réalisation des bilans de la douzième année ne sont pas corrélés aux ressources en personnels infirmiers.

En plus de ce problème de pilotage, il existe également un problème d'organisation : il n'existe pas, à l'heure actuelle, de service de santé scolaire organisé au sein des services départementaux de l'éducation nationale ou des rectorats. Les médecins, infirmiers, psychologues et assistants sociaux interviennent de façon segmentée et sont gérés en tuyaux d'orgue par des services séparés. Ce cloisonnement a même été consacré comme un principe d'organisation de la politique de dépistage : alors que la loi de 2013 avait pour objectif de faire progresser le service public de santé scolaire, les modalités d'application retenues par l'arrêté du 3 novembre 2015 ont donné un coup d'arrêt à la collaboration qui s'était, *de facto*, instaurée entre médecins scolaires et personnels infirmiers. Depuis cet arrêté, la visite médicale de la sixième année relève du seul médecin, tandis que les infirmiers sont chargés du bilan de la douzième année.

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

Le troisième point de mon exposé concerne les remèdes que propose la Cour. Pour mettre fin à l'opacité qui paralyse le pilotage, la Cour des comptes recommande la publication d'un rapport annuel sur la santé scolaire et la mise en place d'un Conseil de la santé scolaire

qui pourrait, entre autres missions, prendre l'initiative de faire réaliser des évaluations externes

Pour remédier au cloisonnement des métiers, la Cour des comptes suggère de structurer des services de santé scolaire dans chaque rectorat et chaque DSDEN. La direction en serait confiée à un inspecteur d'académie pour animer la collaboration des différents métiers. Il ne s'agirait aucunement de créations *ex nihilo* avec des moyens nouveaux en personnel : les postes sont là. Il s'agit pour le ministère de reprendre en main l'organisation des services et de mettre en place un management global aujourd'hui absent. Les professionnels de santé ont également besoin de se voir offrir, dans ce cadre, des conditions de travail sensiblement améliorées : systèmes d'information performants permettant un travail coordonné et source de véritables gains de productivité, centres médicaux scolaires à rénover en renouant les liens distendus avec les collectivités territoriales, dotations en personnel de secrétariat indispensable, équipements médical et bureautique facilitant le travail en itinérance.

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

Le travail en équipes pluri-professionnelles serait aussi l'occasion d'allouer plus de moyens au premier degré, mal couvert par les services infirmiers et sociaux. Si ces personnels peuvent être déjà présents dans les écoles, parfois à hauteur de 50 % de leur temps, cette répartition reste sur le plan national très contrastée et aléatoire, et n'est pas organisée selon un plan de service à l'échelle départementale. En revanche, si la loi pour une école de la confiance fait obligation au ministère de l'éducation nationale de pallier les insuffisances de la protection maternelle et infantile (PMI), la Cour des comptes appelle à ne pas réduire l'ambition en matière de dépistage de la sixième année, dans la mesure où des problèmes nouveaux peuvent apparaître au moment où l'enfant va aborder les apprentissages fondamentaux. Les difficultés de certains conseils départementaux à faire face à leurs besoins en matière de PMI ne doivent pas absorber exagérément les moyens de la santé scolaire, qui doit pouvoir continuer à se concentrer sur la détection des troubles des apprentissages.

C'est seulement dans le cadre de la mise en place de ces services unifiés de santé scolaire que la Cour recommanderait une revalorisation de la rémunération des médecins scolaires, susceptible d'améliorer l'attractivité du métier.

Toutefois, même si l'éducation nationale parvenait à pourvoir tous les postes de médecins scolaires vacants, il resterait indispensable pour atteindre les objectifs nationaux de dépistage et pour faire bénéficier tous les enfants d'actions de dépistage et d'éducation à la santé, dont la crise actuelle nous conduit plus que jamais à mesurer l'importance, de développer les collaborations avec les grands acteurs de santé. Les nouveaux services auraient précisément pour rôle de systématiser la contractualisation avec leurs partenaires : agences régionales de santé (ARS), caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), collectivités territoriales, associations de prévention. Ainsi une articulation accrue entre les dépistages obligatoires de la sixième année de l'enfant et les dépistages déjà réalisés par la médecine de ville ou hospitalière, pris en charge par l'assurance maladie et retracés dans le carnet de santé de l'enfant, est indispensable. Cette articulation permettrait de mieux utiliser le résultat des suivis médicaux déjà réalisés hors de l'école.

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

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

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

Au terme de son enquête, la Cour des comptes se prononce pour le maintien d'un dispositif propre de santé scolaire, à condition qu'il soit profondément rénové. À cette fin, elle formule dix recommandations qui forment un tout solidaire. L'unification et l'identification du service de santé scolaire dans des conditions propices à l'exercice des missions propres qui lui sont dévolues constituent le prérequis d'une mobilisation effective et efficiente des partenariats de l'écosystème plus large de la santé publique.

**M. le président Éric Woerth.** La santé scolaire n'est clairement pas une priorité pour le ministère, non pas en termes de budget mais en termes d'organisation. Je ne souhaite pas faire un parallèle avec la médecine du travail mais l'on voit bien que ce type de médecines destinées à des populations particulières sont, en France, le plus souvent, peu ou mal organisées. Le laxisme des statistiques est en soi une aberration administrative.

J'aimerais insister sur l'enseignement privé, qui devrait être couvert par la médecine scolaire et qui ne l'est pas en réalité. Devons-nous, selon vous, considérer que la médecine scolaire est également responsable du suivi des élèves des enseignements privés sous contrat, et à ce moment-là exiger qu'elle assure effectivement le suivi de ces élèves ? Ou bien, à l'inverse, devons-nous accepter que le service de la médecine scolaire soit réservé à l'enseignement public, et, dans ce cas-là, ne faut-il pas en tirer toutes les conséquences, notamment en cessant d'appliquer une réduction du forfait d'externat versé aux établissements privés pour ce motif ?

**M. Laurent Saint-Martin, rapporteur général.** Dans votre rapport, vous signalez la pénurie de médecins, qui est facteur d'inégalité entre les élèves et de risques pour leur santé, ce qui est d'autant plus grave dans le contexte d'épidémie actuelle. Considérez-vous que le manque d'attractivité du métier s'explique seulement par des questions de rémunération ? Vous proposez une revalorisation de 30 % de leur rémunération : peut-on considérer que cela est suffisant pour pourvoir les postes vacants ?

En outre, vous préconisez la création de deux nouvelles instances : les services de santé scolaire au niveau des académies ou du département et la mise en place d'un Conseil de la santé scolaire. Quels sont les moyens financiers et humains nécessaires à ces instances ? N'est-il pas possible de redéployer les ressources disponibles, notamment pour les crédits de personnel ?

Enfin, comment pouvons-nous mieux mobiliser les médecins et les infirmiers dans le cadre de la gestion de la crise du Covid-19, en particulier à compter de la rentrée de septembre 2020 ? Est-ce que la création de telles instances permettrait une plus grande réactivité dans des situations de crise sanitaire ?

**Mme Catherine Osson.** La médecine scolaire est une composante essentielle de l'école de la République. En tant que médecine de prévention elle concerne tout particulièrement les élèves les plus fragiles et les élèves porteurs de handicap. Elle devra jouer tout son rôle dans la période qui suivra l'épidémie de Covid-19. Comme l'école a dû s'adapter à la menace terroriste, elle devra se réorganiser face à un risque sanitaire plus grand.

Le ministère de l'éducation nationale se caractérise par un manque chronique de personnel d'encadrement. C'est ce que révèlent les documents budgétaires mais aussi ce qu'ont pointé différents rapports de la Cour sur la gestion des personnels de l'éducation nationale. Les DSDEN, les rectorats et l'administration centrale disposent-ils de ressources pour mettre en place et structurer cette filière de la santé scolaire ?

L'impératif d'un dispositif de santé à l'école et ses objectifs sont ceux assignés par la loi de 2013 : réussite scolaire et réduction des inégalités en matière de santé. Ces deux objectifs sont-ils encore d'actualité ? Serait-il souhaitable que, comme pour la protection maternelle et infantile, la compétence de la santé à l'école soit confiée aux communes ou aux départements ?

Vous avez souligné la participation de la santé scolaire au développement d'une école inclusive. Avez-vous étudié l'intérêt du développement d'un écosystème incluant les acteurs de cette école inclusive comme les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), les nouveaux services départementaux de l'école inclusive, les pôles inclusifs d'accompagnement localisés (Pial) ?

Enfin, la double tutelle du ministère de l'éducation nationale et de celui de santé a pu nuire à la performance du dispositif de santé scolaire. Quel rôle doit jouer le ministère de la santé ?

**M. André Barbé, président de section.** Pour répondre à la question de M. le président, Éric Woerth, la médecine scolaire fait partie intégrante du service public de l'éducation, mais couvre également les établissements privés sous contrat. Nous ne voyons pas comment nous pourrions remettre en cause ce dispositif. Nous considérons que, comme pour l'ensemble de la santé scolaire, une meilleure organisation et une meilleure allocation des ressources, avec un service de santé à l'échelle départementale, contribueront à ce que les personnels de santé scolaire aillent également dans les écoles privées. Dans certaines régions ou départements de France, c'est déjà le cas, par exemple dans l'académie de Rennes. D'un point de vue budgétaire, on observe une réfaction de l'ordre de 10 % sur les crédits attribués aux établissements privés au titre de la médecine scolaire. Notre constat est très simple : il faut que cette réfaction cesse, ou alors que le ministère fasse la preuve, par une réorganisation, qu'il est en mesure d'allouer les moyens nécessaires au secteur privé. Il n'y a pas de

revendication du secteur privé dans ce domaine. Le privé alloue les moyens reçus selon une méthode différente du public : ils sont mutualisés, financent davantage de psychologues car ils sont considérés comme des accompagnateurs des apprentissages, et, étant donné la sociologie des élèves, il y a moins de réticences à renvoyer vers la médecine de ville.

Pour répondre à la question de M. Laurent Saint-Martin relative à la pénurie des médecins, l'augmentation de 30 % que nous proposons concerne uniquement le régime indemnitaire, et non la totalité de la rémunération. Cela se justifie pour permettre de rapprocher la situation des médecins scolaires de celle des médecins de santé publique. Une fusion de ces deux corps serait envisageable à terme, mais nous n'avons pas retenu cette solution à ce stade, car au cours de la contradiction qui a suivi le rapport, beaucoup d'arguments tendaient à démontrer qu'elle affaiblirait encore plus la médecine scolaire et poserait des problèmes de gestion.

Toutefois, cette revalorisation ne suffira pas pour traiter la question de la pénurie des médecins. C'est ce qu'évoque la deuxième partie des recommandations du rapport. Il est essentiel de tisser des liens avec la médecine de ville, les ARS et les CPAM, car tous les postes de médecins ne pourront être pourvus. Dans les départements où la pénurie est importante, elle ne concerne pas seulement la médecine scolaire mais également la médecine de ville. C'est d'ailleurs pour cette raison que nous proposons de mettre fin au cloisonnement entre les personnels de santé scolaire. Si les personnels infirmiers intervenaient davantage sur le diagnostic et le bilan de sixième année, comme ils le faisaient avant 2013, le travail des médecins scolaires serait facilité et ils pourraient se concentrer sur les populations les plus à risque.

S'agissant de la deuxième question de M. Laurent Saint-Martin et de la question de Mme Catherine Osson, relative à l'organisation des services, les deux modifications structurelles que nous proposons n'impliquent pas de coûts supplémentaires. Les ressources d'encadrement existent déjà au niveau départemental et rectoral, mais en tuyaux d'orgue. Il manque une vision d'ensemble. Nous recommandons que ce soit un inspecteur de l'éducation nationale qui prenne la direction des services unifiés. Les emplois existent, il ne reste qu'à trouver les bons profils.

De même, le comité que nous proposons au niveau national ne formera pas une nouvelle administration, mais réunira des personnalités qualifiées qui seront en mesure d'apporter un appui d'ordre éthique et déontologique à la direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) pour promouvoir ces réformes. Il existe, aujourd'hui, un conflit entre le monde des personnels infirmiers, qui revendiquent leur autonomie, et celui des médecins : cela provoque un cloisonnement entre les métiers. Il est nécessaire que la DGESCO, parce qu'elle n'a pas actuellement cette légitimité, dispose d'un comité qui lui apporte l'appui et le soutien qui pourront convaincre les personnels de participer aux réformes. Enfin, elle pourra assurer le lien avec d'autres instances de santé, notamment la Haute autorité de santé, pour solliciter des avis. Les coûts ne devraient donc pas être très importants. Cette question n'a d'ailleurs jamais été soulevée lors de la contradiction.

Pour répondre à une autre question posée par M. Laurent Saint-Martin au sujet de la mobilisation des personnels, il est nécessaire de disposer, pour parler bref, d'un patron de proximité. Le chef des services de santé devra, d'un côté, mettre en œuvre au niveau local la collaboration entre les personnels de santé scolaire, et de l'autre côté, assurer la coopération avec la médecine de ville, les collectivités, les conseils départementaux pour la PMI, etc. Ce service pourra aussi mieux allouer les ressources.



Concernant la question de Mme Catherine Osson relative à la décentralisation, le sujet n'était pas apparu au début de l'enquête, mais nous l'évoquons dans la conclusion de notre rapport. L'abaissement de l'âge obligatoire de la scolarité pose la question de la PMI : des enfants qui relèvent de la PMI, gérée par les conseils départementaux, pourraient également relever de la médecine scolaire. Nous avons ressenti la tentation des conseils départementaux, mais aussi dans une certaine mesure de l'État, de déporter des moyens de la santé scolaire pour résoudre la question de la PMI. Cette voie nous semble très discutable, eu égard à la pénurie des médecins scolaires et à la nécessité de maintenir un véritable système de médecine scolaire. De plus, si la mission de santé scolaire était confiée aux communes et aux départements, ce système serait déstructuré, car les écoles relèvent des communes, les collèges des départements et les lycées des régions. Il nous semble préférable de maintenir l'unité de la médecine scolaire, à condition qu'elle fasse la preuve de son efficacité.

Enfin, beaucoup de médecins scolaires participent déjà aux travaux des MDPH. Cependant, l'éducation nationale devrait être beaucoup plus présente auprès de ces dernières afin d'harmoniser les prescriptions de suivi qu'elles proposent.

**M. Saïd Ahamada.** Je vous remercie pour la qualité de ce rapport. Nous savions que la situation de la santé scolaire était difficile, mais je ne m'attendais pas à la dureté du tableau brossé par ce rapport. J'espère que le ministère de l'éducation nationale suivra les préconisations de la Cour, car continuer de naviguer à vue, malgré un budget qui paraît suffisant, avec des agents qui doivent être en souffrance, me paraît risqué pour l'avenir. Des risques pénaux peuvent émerger concernant les visites obligatoires de jeunes qui vont en milieu professionnel.

Ma question porte sur les troubles d'apprentissage et les troubles « dys ». Je suis élu dans un territoire difficile : les quartiers nord de Marseille. Certains enfants ont du mal à obtenir des consultations d'orthophonistes, et peuvent attendre un an, voire plus, pour ces rendez-vous, ce qui accentue les discriminations que vous pouvez imaginer. Votre rapport n'envisage pas de focaliser les moyens sur les secteurs les plus en souffrance. Or, dans les quartiers difficiles, les territoires ruraux ou en outre-mer, l'accès à la santé peut s'avérer compliqué pour les élèves et l'éducation nationale peut s'attacher à pallier ces difficultés. Quel est votre avis sur ce sujet ?

**Mme Véronique Louwagie.** Je souhaiterais aborder trois points.

Vous avez évoqué un boycott syndical. Pouvez-vous nous confirmer que depuis la loi du 8 juillet 2013, qui a réorganisé les objectifs de la santé scolaire, aucun audit, évaluation ou rapport n'a été réalisé par le ministère ?

En outre, avez-vous constaté que le pilotage des ARS différait d'une région à l'autre ?

Enfin, s'agissant de la rémunération des médecins scolaires, avez-vous pu mesurer les conséquences d'une revalorisation sur la médecine de ville. Cela n'accentuerait-il pas la pénurie des médecins de ville ?

**Mme Sarah El Haïry.** Vous recommandez de faire évoluer les missions des médecins scolaires et de renforcer le partage des tâches avec les infirmiers. Mais, concernant les effectifs d'infirmiers, pourriez-vous nous confirmer qu'ils sont suffisants. Ne préconisez-vous pas une revalorisation des rémunérations des infirmiers scolaires pour rendre plus

attractive cette mission et pour renforcer la prévention dans une période où l'on voit à quel point l'éducation aux gestes barrières est nécessaire ?

Les dysfonctionnements constatés ne sont-ils pas aussi liés à des ambiguïtés dans la gouvernance de la santé scolaire et à un manque de reconnaissance du statut des médecins scolaires, considérés comme non spécialisés ?

Enfin, préconisez-vous la création d'une filière externe, *a minima* pour les élèves des lycées professionnels ?

**Mme Christine Pirès Beaune.** Malgré les alertes régulières sur le sujet, malgré les constats empiriques souvent dressés par les élus sur les territoires, et surtout malgré les moyens importants alloués ces dernières années, le rapport brosse un tableau particulièrement alarmant de la médecine scolaire. Les taux de réalisation de la visite de la sixième année sont même très inquiétants. Cela pose un très sérieux problème de santé publique, d'autant plus grave que les questions sanitaires constituent un véritable enjeu de la prochaine rentrée scolaire.

L'absence de coordination apparaît aberrante. Pour autant, la mise en place d'une entité unifiée, comme proposé, est-elle une garantie d'efficacité ? En effet, les conseils départementaux rencontrent aussi des difficultés vis-à-vis des PMI. Leur taux de couverture est, tout de même, bien supérieur, de l'ordre de 60 % par exemple pour le département du Puy-de-Dôme. En ce sens, l'Association des départements de France (ADF) a proposé d'élargir la compétence des départements au-delà de la PMI et d'y inclure la santé scolaire de 3 à 16 ans avec des conditions de transfert de ressources et de personnel. Votre rapport se montre réticent sur cette possibilité, arguant d'un service qui serait rendu de façon inégale selon les départements. Au vu de la situation, ne pensez-vous pas que la PMI, avec ces moyens transférés, serait bien plus efficace ? Pour en faire la démonstration, ce dispositif ne pourrait-il pas être expérimenté dans quatre ou cinq départements ?

**M. Charles de Courson.** Vous avez beaucoup analysé les moyens alloués à la médecine scolaire mais votre rapport n'indique pas si la défaillance de la santé scolaire a des conséquences sur la santé des enfants.

De plus, vos recommandations me semblent conservatrices, car elles ne remettent nullement en question le système en vigueur. Il serait plus cohérent de décentraliser la médecine scolaire des écoles primaires, des écoles maternelles et collèges vers les conseils départementaux, car ceux-ci sont déjà compétents en matière de PMI. La PMI rencontre également des difficultés. Toutefois, les arguments avancés dans le rapport contre ce transfert sont les arguments typiques des jacobins qui pensent que l'unité est toujours plus efficace que la décentralisation. Pour ma part, je pense l'inverse.

La piste d'un appui plus fort sur la médecine libérale est aussi esquissée. Ne nous faisons pas d'illusion, nous affrontons une pénurie globale de médecins. Ne serait-il pas plus satisfaisant de confier à la médecine libérale plus de tâches ? C'est ce qui est déjà fait pour les vaccins et cela fonctionne mieux.

**Mme Sabine Rubin.** Ce qui me pose problème, ce n'est pas le constat que vous dressez, qui est d'ailleurs affligeant. Ce qui m'inquiète, c'est que ce constat est connu depuis dix ans et que les choses ne font que s'aggraver. Un médecin pour 10 000 élèves, c'est grave. Pas plus tard que ce matin, j'ai reçu un courrier de parents d'élève préoccupés à l'idée

d'envoyer leur enfant à l'école sachant qu'il n'y a qu'une infirmière pour huit établissements. Tout le personnel médico-social manque, et non pas seulement les médecins. Vos préconisations, et notamment le renforcement des liens avec les ARS ou les CPAM, sont d'ores et déjà mises en œuvre en théorie, le schéma est pensé, mais il n'y a personne sur le terrain pour l'appliquer. Comment peut-on faire vivre des équipes pluri-professionnelles, ce qui avait été rejeté lors de l'examen de la loi Blanquer, en l'absence de professionnels ? Les moyens qui ne sont déjà pas exploités, faute de candidats pour pourvoir les postes vacants, sont-ils vraiment suffisants pour créer les équipes pluridisciplinaires et les partenariats que vous appelez de vos vœux ?

**M. Jean-Paul Dufrègne.** Je vous remercie pour ce travail qui met en évidence une situation fortement dégradée et qui dresse un constat sévère de la médecine scolaire qui témoigne, plus que d'une défaillance d'organisation, de l'absence de volonté politique. Vous avez évoqué les déficiences de la PMI. Pouvez-vous nous en dire plus, sachant que nous pourrions légitimement envisager de confier aux départements la santé scolaire dans les collèges ? Elle pourrait être plus efficace à cette échelle.

**M. Daniel Labaronne.** Premièrement, ne jugez-vous pas souhaitable de promouvoir des expérimentations pour évaluer l'intérêt d'une décentralisation de la santé scolaire ?

Avez-vous évalué l'impact de la revalorisation de la rémunération des médecins scolaires sur l'attractivité du métier ?

Enfin, le rapport mentionne que l'absence de candidats à la formation spécialisée transversale (FST) « médecine scolaire » a empêché la mise en place opérationnelle de cette mesure en 2019, alors qu'elle devait favoriser le recrutement des médecins de santé scolaire. Pensez-vous qu'il faille maintenir cette formation ?

**M. François Pupponi.** Vous-êtes-vous intéressés à la question des psychologues, car les questions de troubles du comportement peuvent être souvent très problématiques ?

Un certain nombre de médecins, en particulier dans les zones franches urbaines, bénéficient d'aides, et sont par exemple exonérés d'impôts pendant 10 ans. Ne faudrait-il pas les inciter, voire leur imposer, d'avoir une activité de médecin scolaire, en parallèle de leur activité privée dans ces territoires ?

**Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.** Je vous remercie au nom du groupe d'étude « Santé à l'école », dont j'assume la présidence, parce que nous portons, non sans inquiétude, la question de la santé des jeunes. La crise sanitaire a encore mis en avant la flagrante désorganisation, le flou des missions des professionnels de santé et la confusion des rôles, comme le souligne votre rapport. Aux pages 63 et 64 de votre rapport, vous mettez en avant le paradoxe dans lequel s'est enfermé le gouvernement au regard de l'arrêté du 3 novembre 2015. Savez-vous ce qui a été à l'origine de cet arrêté, et le conseil dont vous souhaitez la création vous paraît-il à même de pallier ce paradoxe ?

Par ailleurs, vous proposez la création d'un service de la santé scolaire. Pour rappel, lors de l'examen de la loi pour une école de la confiance, nous avons proposé des amendements visant à mettre en place des services de santé scolaires et, à défaut, une coopération accrue des professionnels, amendements qui n'ont pas été soutenus par le gouvernement. Comment, alors, réhabiliter les compétences et la spécialité des médecins scolaires qui subissent une maltraitance institutionnelle ? Que pouvez-vous nous dire sur ce

que pourrait être ce service de santé scolaire qui n'arrive pas à voir le jour ? Devant l'impossibilité du bon exercice de leurs missions, les médecins demandent à revenir sous l'autorité du ministère de la santé.

**M. André Barbé, président de section.** L'approche de notre rapport est globale et systématique, et invite à sortir du cloisonnement entre les personnels infirmiers et les médecins. Si les premiers étaient en mesure de reprendre le rôle qu'ils avaient avant 2013, ils seraient aux côtés des seconds lors du dépistage de la sixième année. Ajouté au renforcement de la collaboration avec la médecine de ville et à l'amélioration du régime indemnitaire, ce redéploiement des ressources permettrait au dispositif de santé scolaire de mieux répondre aux besoins. Du reste, ces collaborations entre infirmiers et médecins existent déjà au sein de certains rectorats. Le ministère de l'éducation nationale a eu beaucoup de difficultés, en raison de pressions corporatistes, à sortir des conséquences de l'arrêté de 2013. Nous n'inventons pas un système mais nous revenons à un système antérieur qui fonctionne.

Je voudrais répondre aux questions de M. Charles de Courson. Notre rapport ne constitue pas un rapport d'évaluation, mais nous répondons à une commande qui vise à mesurer l'efficacité de l'emploi des personnels de santé scolaire. Ce n'est pas un rapport d'évaluation en terme de santé. Nous n'avons donc pas étudié si le manque de disponibilité ou d'efficacité du service a des conséquences sur la santé des élèves.

S'agissant de la médecine libérale, le carnet de santé des enfants doit pouvoir être transmis aux médecins scolaires et servir de fondement à des interactions entre les deux secteurs. En outre, si des conventions nationales existent, elles doivent être déclinées sur le terrain.

S'agissant du problème de la décentralisation, nous estimons qu'il y a un risque à confondre la question de la PMI et celle de la décentralisation de la médecine scolaire. Si nous souhaitons résoudre les problèmes de la PMI par une décentralisation des moyens de la médecine scolaire, on risque d'attirer les moyens de cette dernière. De plus, le système scolaire relève de trois niveaux de collectivités, ce qui ne peut manquer de poser des problèmes en cas de décentralisation de la santé scolaire.

Enfin, les moyens infirmiers ont augmenté de plus de 40 % en 20 ans, et le budget de la santé scolaire ne fait que progresser. Des efforts importants ont donc été réalisés pour allouer des moyens adéquats, mais nous constatons un problème d'organisation de ces derniers.

**Mme Mireille Riou-Canals, conseillère maître.** En complément de la réponse à Mme Sabine Rubin, si, dans certaines écoles, il manque des ressources infirmières, cela s'explique avant tout par une mauvaise allocation des moyens. Les infirmiers ont récemment bénéficié d'une revalorisation statutaire et sont passés en catégorie A. Nous n'envisageons donc pas de revalorisation de leur rémunération.

De plus, si la médecine scolaire peut être responsable de certains diagnostics, elle ne peut répondre à toutes les difficultés d'accès aux soins ou aux praticiens, par exemple aux orthophonistes. Ces questions doivent être traitées au niveau local soit dans le cadre d'un contrat de santé, soit directement entre les services de l'éducation nationale et ceux des délégations départementales de l'ARS.

Par ailleurs, la formation de spécialité transversale, évoquée par M. Daniel Labaronne, n'a pas pu être ouverte en 2019, faute de candidats en nombre suffisant. Le ministère envisage de l'ouvrir en novembre 2020. Elle fait partie des efforts qui sont réalisés pour améliorer l'attractivité du métier de médecin scolaire puisqu'il s'agit d'un allongement de la formation. Cela nécessitera une évaluation.

En outre, pour répondre à la question de M. François Pupponi relative à l'exercice partagé des médecins libéraux, il ne peut être demandé à un médecin généraliste de prendre en charge un poste de médecin scolaire, en plus de son poste. En effet, les médecins scolaires sont déjà occupés à temps plein car ils doivent couvrir un grand nombre d'établissements. Toutefois, son temps peut être partagé entre médecine libérale et médecine scolaire, en particulier dans les zones où des postes sont vacants. Il ne s'agirait alors que d'un complément.

**M. André Barbé, président de section.** Nous confirmons l'existence d'un boycott, et le fait que les statistiques ne sont pas remontées au niveau national. Les personnels contestent les instructions données par la direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO), pour des motifs très nombreux, notamment d'ordre technique. La nomination d'un directeur de proximité amènerait à réduire ces difficultés.

**M. le président Éric Woerth.** Des sanctions ont-elles été prises ?

**M. André Barbé, président de section.** Non. La santé scolaire ne constitue pas une préoccupation secondaire pour le ministère de l'éducation nationale, mais face aux nombreuses difficultés qu'il doit affronter, il tâche de limiter les conflits sociaux. Il y a des contestations techniques : les logiciels, les questionnaires peuvent ne pas être adaptés.

**M. le président Éric Woerth.** Nous vous remercions pour le travail que vous avez réalisé.

\*

\* \*

## **Membres présents ou excusés**

### **Commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire**

#### **Réunion du mercredi 27 mai 2020 à 9 heures**

*Présents.* - M. Saïd Ahamada, M. Jean-Noël Barrot, Mme Émilie Bonnivard, Mme Aude Bono-Vandorme, M. Fabrice Brun, M. Jean-René Cazeneuve, M. Charles de Courson, Mme Marie-Christine Dalloz, M. Olivier Damaisin, Mme Jennifer De Temmerman, M. Jean-Paul Dufrègne, Mme Stella Dupont, M. Bruno Duvergé, Mme Sarah El Haïry, M. Nicolas Forissier, M. Joël Giraud, M. Christophe Jerretie, M. François Jolivet, M. Daniel Labaronne, M. Mohamed Laqhila, M. Michel Lauzzana, M. Fabrice Le Vigoureux, Mme Véronique Louwagie, M. Jean-Paul Mattei, Mme Cendra Motin, Mme Catherine Osson, M. Hervé Pellois, Mme Christine Pires Beaune, M. François Pupponi, M. Robin Reda, M. Xavier Roseren, Mme Claudia Rouaux, Mme Sabine Rubin, M. Laurent Saint-Martin, M. Jacques Savatier, M. Éric Woerth

*Excusés.* - M. Damien Abad, M. Lénaïck Adam, M. David Habib, M. Marc Le Fur, Mme Valérie Rabault, M. Olivier Serva

*Assistait également à la réunion.* - Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe