

# Les médecins et les personnels de santé de l'Education Nationale

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

Mai 2020

## Synthèse et Plan

Les missions liées à la santé scolaire sont nombreuses : dépistages obligatoires, problèmes de santé des élèves, éducation à la santé, accès aux soins, consultations médicales ou infirmières à la demande de l'équipe éducative, de l'élève, de sa famille, réponse sanitaire en cas d'épidémie....

Le récent rapport de la Cour des comptes sur les médecins et les personnels de santé scolaire pointe un certain nombre de faiblesses dans ce dispositif (ressources humaines, organisation, "*management*", évaluation...).

La médecine scolaire est représentée par des médecins, des infirmiers, des assistants du service social et des psychologues. Cela représente 20 000 ETP (équivalents temps plein) et dans le cadre du parcours de santé d'un élève, trois surveillances de santé sont incontournables :

- Le dépistage obligatoire à la sixième année effectué par un médecin scolaire ;
- Le bilan de santé à la douzième année assumé par un infirmier ;
- La visite médicale d'aptitude (préalable à l'affectation à des travaux réglementés pour les élèves mineurs de l'enseignement professionnel).

Mais la visite pour le dépistage obligatoire à la sixième année de l'élève a chuté de 26% en 2013 à 18% en 2018.

Quant au bilan infirmier de la douzième année, il est effectué pour 62% de l'ensemble des collégiens.

Enfin, la visite médicale d'aptitude n'est réalisée que pour 80% des lycéens concernés et cela touche principalement des élèves issus de milieux défavorisés pour lesquels l'accès aux soins est réduit et qui devraient être examinés systématiquement par un médecin.

## **Propositions de la Cour pour élaborer un système de santé scolaire plus performant**

**Pour les ressources humaines**, la solution passe essentiellement par le recrutement de médecins scolaires, la nécessité d'améliorer l'attractivité du métier et de valoriser le salaire. Par ailleurs, le cloisonnement entre les métiers d'infirmier et de médecin doit être atténué pour favoriser un travail en équipe pluri-professionnelle. Recruter du personnel de secrétariat médical, renouveler l'équipement médical et bureautique favoriserait ce travail en équipe.

**L'organisation du dispositif** est également à revoir en créant un service de santé scolaire dans chaque rectorat et chaque direction départementale des services de l'éducation nationale (DSDEN). Les services de santé scolaire doivent avoir la capacité de contractualiser leurs modes de collaboration avec les institutions partenaires (agences régionales de santé, assurance maladie, collectivités territoriales).

**Une articulation entre médecine scolaire et médecine de ville ou hospitalière** pourrait être mise en place pour le dépistage obligatoire à la sixième année. Des partenariats locaux pourraient être organisés entre services scolaire et caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) pour l'accès des élèves aux examens de dépistage et de parcours de soins.

**Un Conseil de santé scolaire** placé auprès du ministre serait aussi un appui éthique, déontologique et scientifique pour assurer la collaboration des personnels et la coopération avec la médecine de ville.

## Constats

**Une pénurie de médecins scolaires**

**Une croissance des effectifs infirmiers plus rapide que la population scolarisée**

**Le bilan infirmier obligatoire de la 12e année**

**La visite médicale obligatoire pour travaux réglementés**

Des progrès ponctuels depuis le précédent rapport de la Cour et la relance de l'action interministérielle Education Nationale-Santé

Les champs de la coopération éducation nationale/santé

La revalorisation des statuts et des rémunérations

La facilitation de la formation des médecins scolaires

Le service sanitaire des étudiants en santé

### Critiques

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

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

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

Un effort budgétaire soutenu, un déficit de médecins scolaires, une masse salariale en progression sans unité budgétaire et une augmentation des effectifs et des crédits

Des taux de réalisation des visites obligatoires très insuffisants dans la 6e année de l'enfant et une charge moyenne de travail par médecin en progression

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

Des mesures favorables à la santé scolaire de portée restreinte et la mobilisation des expertises autour de la santé scolaire

Une gestion très cloisonnée des personnels et des métiers et des disparités de dotation de personnels peu explicables

Une gestion des métiers en silos, des personnels peu encadrés et des chaînes hiérarchiques et fonctionnelles confuses et distinctes

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

Des personnels très autonomes et peu évalués

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

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

Des conditions de travail insatisfaisantes et un équipement limité, des locaux inadaptés, une prise en compte insuffisante des tâches administratives et des déplacements

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

Des logiciels professionnels obsolètes et séparés, en attente de refonte

Une formation continue insuffisante

Une unité de vue déficiente au plan national et en académies et le cloisonnement des métiers de santé scolaire répliqué au sein de la DGESCO

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

La pluralité confuse des organisations académiques pour les visites obligatoires

### Propositions

Des missions à faire évoluer pour mieux répondre aux besoins car la répartition des missions des personnels entre les 1er et 2nd degrés ne garantit pas une continuité du parcours de santé des élèves

Un cadre budgétaire à simplifier

Une organisation à revoir

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

Restaurer une unité d'action et de management

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

Revoir le partage des tâches entre médecins et infirmiers

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

Développer la complémentarité avec la médecine libérale

Systématiser la contractualisation avec les partenaires de la santé publique

Etendre des contractualisations fructueuses avec les ARS

Avec l'assurance maladie, renforcer le partenariat opérationnel

## Résumé des Recommandations de la Cour

La Cour formule les recommandations suivantes :

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

## Conclusion générale

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

L'option d'une décentralisation de la santé scolaire, souvent évoquée, est de nouveau à l'étude à la demande du Premier ministre : il s'agirait d'en confier la compétence aux départements, déjà chargés de la PMI et de l'aide sociale à l'enfance. Cette orientation ne devrait pas être arrêtée sans que soit au préalable menée une étude approfondie. Les difficultés de la PMI, dont le service rendu est très inégal selon les départements, tributaire de moyens très variables et souvent insuffisants, alertent quant aux effets de cette voie.

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

Un pilotage national de la politique de santé à l'école apporte aussi des garanties aux familles et pour les enfants scolarisés : en cas de péril sanitaire, il est souhaitable que l'État conserve l'unité de décision et de commandement au sein du système éducatif.

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

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