



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

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

Tome 2 : Annexes

Béatrice BUGUET-DEGLETAGNE

**Membre de l'inspection générale
des affaires sociales**



N°2022-074R

Stéphane ELSHOUD Frédéric THOMAS

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

IGÉSR

**INSPECTION GÉNÉRALE
DE L'ÉDUCATION, DU SPORT
ET DE LA RECHERCHE**

N°22-23 034A

Juin 2022

SOMMAIRE

ANNEXE 1 : BREF HISTORIQUE DU POSITIONNEMENT INSTITUTIONNEL DE LA MEDECINE SCOLAIRE.....	3
ANNEXE 2 : MEDECINE SCOLAIRE, MISSIONS : CADRE NORMATIF	7
ANNEXE 3 : DEMOGRAPHIE MEDICALE PAR DEPARTEMENTS : NOMBRE D'ELEVES PAR MEDECIN SCOLAIRE ET NOMBRE DE MEDECINS GENERALISTES POUR 100 000 HABITANTS	47
ANNEXE 4 : LES PERSONNELS DE SANTE ET D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL : EFFECTIFS ET CADRE D'INTERVENTION	53
ANNEXE 5 : RECRUTEMENT DE MEDECINS DE L'EDUCATION NATIONALE TITULAIRES ENTRE 2013 ET 2023.....	100
ANNEXE 6 : REMUNERATION DES MEDECINS ET INFIRMIERS DE L'EDUCATION NATIONALE.	105
ANNEXE 7 : ETUDE DES OBJECTIFS ET INDICATEURS DE LA SANTE SCOLAIRE VIA LE PROGRAMME BUDGETAIRE 230 « VIE DE L'ELEVE »	113
ANNEXE 8 : ENSEIGNEMENTS TIRES DES AUDITIONS MENEES AUPRES DE QUATRE VILLES DELEGATAIRES.....	142
ANNEXE 9 : ENQUETE MENEES PAR L'UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS FAMILIALES (UNAF) SUR LA VISION QUE PORTENT LES PARENTS SUR LA MEDECINE SCOLAIRE, JANVIER 2023	147
ANNEXE 10 : BIBLIOGRAPHIE.....	176

ANNEXE 1 : Bref historique du positionnement institutionnel de la médecine scolaire

[1] Ce synoptique renvoie notamment aux annexes 10 du rapport inter-inspections de 2016 (référéncé ici 1) et 2 du rapport remis en 2020 par la Cour des comptes (référéncé 2), lui-même fondé sur l'ouvrage des Dr Janine Hardy-Durst et Maryvonne Hybert et de Thérèse Rigaudy : « Les services médicaux, infirmiers et sociaux de l'Éducation nationale », Berger-Levrault, 1997.

1793	La Convention nationale se penche sur la santé des enfants scolarisés en souhaitant que l'Etat surveille « <i>la santé du corps, tout en assurant le développement de l'esprit</i> ». (1) Le « <i>projet de décret pour l'établissement de l'instruction nationale</i> » présenté alors par Lakanal a cependant été repoussé. (2)
XIXe siècle	Si, selon les révolutionnaires, la santé des élèves devait relever de la compétence de l'Etat, la médecine scolaire s'est effectivement développée dans les collectivités locales au XIXe siècle. Alors que les préfets étaient chargés de l'examen des mœurs et de la santé dans les collèges et lycées depuis le Premier Empire, la loi Guizot de 1833 a confié à un comité communal la mission de veiller à la salubrité des écoles publiques et privées. Sous la IIIe République, la loi Goblet du 30 octobre 1886 a, sous l'influence de Ferry, institué une inspection médicale scolaire obligatoire, limitée à l'enseignement primaire et assurée par les médecins-inspecteurs communaux et départementaux ; l'ordonnance de 1887 a instauré une visite du médecin nommé par le maire dans les salles d'asile, à l'origine des maternelles. Les collectivités locales ont été alors chargées de mettre en œuvre ces services d'inspection médicale ; elles l'ont fait, de façon très inégale et selon les choix et les moyens locaux. En 1887, par instruction du ministre de l'instruction publique, a été rendue obligatoire la présence d'infirmier dans les internats. C'est donc depuis cette date que des personnels de santé appartiennent au dispositif de l'éducation nationale, alors instruction publique. (1)
1 ^{ère} moitié du XXème siècle	Déjà dotés de compétences sanitaires dans le cadre de leur pouvoir de police, notamment la propreté et la salubrité, depuis la loi dite municipale du 14 décembre 1789, les maires ont reçu de larges compétences en matière de santé publique par la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique, l'autorité préfectorale n'intervenant qu'en cas de défaut. Ce contrôle de l'état de santé des écoliers s'est développé à leur seule initiative locale. Dans le cadre du mouvement hygiéniste, sous l'impulsion notamment de ce que l'on appelait alors le socialisme municipal ou du mouvement chrétien social, plusieurs communes, comme Paris, Lyon, Bordeaux ou Nice, ont, dans les années 1870-1880, mis en place des services d'inspection sanitaire, médicale ou d'hygiène scolaire. Lors de l'institution en 1934 d'un

	<p>contrôle médical étendu à tous les élèves au moyen d'un service spécifique, plusieurs villes ont, dans l'entre-deux-guerres ou après la Seconde guerre mondiale, confié cette tâche aux bureaux municipaux d'hygiène créés en 1902 – et remplacés par les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS). (1)</p> <p>En 1928, Edouard Herriot, alors ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, a déposé un projet de loi – qui ne sera adopté qu'en 1934 – visant à rendre obligatoire un contrôle médical pour tous les élèves et le personnel, dans le cadre d'un service spécifique et centralisé. Un décret, dit « décret Jean Zay », du 17 juin 1938 a prévu un contrôle médical dans les collèges, lycées et universités. La Seconde guerre mondiale ne permettra pas une pleine application de tous ces textes. (1)</p>
<p>2^{ème} moitié du XX^{ème} siècle, après 1945</p>	<p>Il faut attendre l'ordonnance du 18 octobre 1945 pour qu'un « service national d'hygiène scolaire et universitaire » soit créé. L'Etat a souhaité en effet centraliser ce contrôle afin d'unifier les activités installés dans les départements et dans les grandes villes, dont les organisations et les résultats étaient très variables, mais aussi de répondre à la situation d'urgence sanitaire à la fin de la Seconde guerre mondiale, liée notamment à l'extension de la tuberculose. Ce service était pensé de façon globale : il regroupait trois types de professionnels – assistants de service social, médecins, et adjointes assurant un travail d'infirmière – Il était chargé des visites médicales pour les élèves (des visites, obligatoires et gratuites, pour les élèves au cours de la sixième année puis des examens périodiques durant toute la scolarité), les étudiants, mais également pour les personnels. Son organisation reposait notamment sur la création de centres médico-sociaux scolaires dans chaque chef-lieu de département et d'arrondissement ainsi que dans toute commune de plus de 5000 habitants – obligation qui demeure aujourd'hui. (1)</p> <p>Ce service est devenu en 1955 le service de santé scolaire et universitaire (SSSU). Ce changement de nom correspondait au passage d'une conception hygiéniste de la santé à une conception globale, à la définition de la santé développée par l'OMS en 1946 (elle est considérée comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité »). (1)</p> <p>Ce dispositif a été d'abord, en 1945, placé sous la tutelle du ministère de l'éducation nationale dans le cadre d'un programme établi en accord avec le ministère de la santé publique puis modifié par la réforme de l'organisation des services de l'Etat dans les départements de 1964. Afin de lutter contre le cloisonnement de l'administration sanitaire et sociale, le décret n°64-782 du 30 juillet 1964 a en effet regroupé les services sanitaires et sociaux et le service de santé scolaire au ministère de la santé et un nouveau corps de médecins fonctionnaires a été créé (1), intégrant les médecins scolaires, comme les médecins inspecteurs de santé (2).</p>

	<p>Les médecins-inspecteurs des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) ont alors été chargés d'assurer les missions du service de santé scolaire – c'est-à-dire les fonctions des actuels médecins conseillers techniques auprès des inspecteurs d'académie – tandis que des médecins vacataires ou contractuels, également recrutés par la DDASS, étaient délégués à la médecine scolaire et chargés de l'exercice de proximité dans les établissements scolaires. Les modalités du transfert des infirmières ont été apparemment plus complexes : alors que les infirmières attachées à un secteur ont rejoint le ministère de la santé, les infirmières attachées à un établissement sont restées au ministère de l'éducation nationale. (1)</p> <p>Cette organisation a, vingt ans après, été à nouveau modifiée. Différents projets avaient été envisagés. En 1969, la création d'un service unifié de l'enfance, regroupant la santé scolaire, la PMI, l'enfance inadaptée, l'aide sociale à l'enfance, avait été proposée mais rejetée. Lors des lois de décentralisation de 1982 et 1983, le transfert des services de santé scolaire vers les départements avait été évoquée mais, après des débats très vifs, il n'avait pas, contrairement aux services de la PMI, été retenu (de leur côté, certain services municipaux de santé scolaire ont alors souhaité poursuivre leur mission et ont fait l'objet d'une délégation de l'Etat – 11 villes sont encore aujourd'hui concernées). Dans le cadre du décret n°84-1194 du 21 décembre 1984, il a été décidé de « retransférer » la santé scolaire à l'éducation nationale, en raison notamment de l'évolution des doctrines sanitaires reposant désormais sur l'importance de la promotion de la santé auprès des élèves. La mise en œuvre de cette mesure s'est étalée sur six ans. Si, dès 1985, les infirmières de secteur ont rejoint le corps des infirmières de l'éducation nationale, le rattachement des médecins n'a pas pu être réalisé rapidement car il nécessitait, soit une évolution du corps des médecins de santé publique (un seul corps avec une branche sur les « médecins de l'enfance et de l'adolescence »), soit la constitution d'un corps de l'éducation nationale. Après de longues discussions, un corps spécifique a été institué par le décret du 27 novembre 1991, notamment à la suite du rapport du conseil économique et social qui en 1990 préconisait le maintien de médecins dédiés à la santé des enfants scolarisés. (1)</p> <p>Entre 1991 et 2001, il existe un service de promotion de la santé en faveur des élèves (SPSFE), associant médecins, infirmières et assistants sociaux. Contesté par les organisations syndicales, ce service sera supprimé en tant que tel en 2001, par une circulaire qui définit une « mission de promotion de la santé » à laquelle participent les trois professions, chacune dans le cadre de ses compétences propres (2).</p>
XXIème siècle	<p>Cette évolution s'est ensuite poursuivie. En janvier 2001, par circulaire, le service de promotion de la santé en faveur des élèves a disparu au profit d'une mission du même nom. A cette mission concourent des actions et des compétences spécifiques des médecins et des infirmiers de l'éducation nationale. Cette césure nette a été décidée, après de vives discussions avec les organisations syndicales, notamment les syndicats des infirmiers de santé</p>

	<p>scolaire qui étaient opposés au maintien d'un service commun et soucieux d'affirmer leur autonomie. Par ailleurs, les travaux préparatoires de la loi de 2004, portant deuxième grande étape de la décentralisation, ont posé une nouvelle fois, avec la même acuité, la question de la décentralisation des services de santé scolaire vers les collectivités territoriales : ce projet de transfert qui a été combattu par des syndicats professionnels, mais aussi par nombre de collectivités locales, a été abandonné. (1)</p> <p>[A la suite de cinq modifications successives du cadre normatif prescrivant les missions de santé scolaire], l'article L. 541-1 du code de l'éducation a été modifié par la loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance (art.13). Le nouvel article adapte les missions de la santé scolaire à l'abaissement à trois ans de l'âge de la scolarité obligatoire : la visite médicale de PMI entre 3 et 4 ans reste confiée aux services de PMI, bien qu'organisée à l'école, mais « <i>lorsque le service départemental de protection maternelle et infantile n'est pas en mesure de la réaliser, la visite est effectuée par les professionnels de santé de l'éducation nationale</i> ».</p>
<p>Décembre 2020</p>	<p>Un accord signé entre l'ADF et le Premier ministre prévoit le transfert aux départements de la médecine scolaire.</p>
<p>Loi 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</p>	<p>Art. 144 : « <i>Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport retraçant les perspectives du transfert de la médecine scolaire aux départements, son coût, les modalités envisagées de recrutement et de gestion du personnel et les améliorations attendues sur le fonctionnement des différentes actions menées dans le cadre de la médecine scolaire. Ce rapport indique les moyens permettant, en l'absence d'un tel transfert, de renforcer la politique de santé scolaire et, en particulier, de renforcer l'attractivité des métiers concourant à cette politique. Il peut faire l'objet d'un débat en séance publique dans chacune des deux assemblées.</i> »</p>

ANNEXE 2 : Médecine scolaire, missions : cadre normatif

SOMMAIRE

1	PRINCIPALES MISSIONS DES MEDECINS DE L'EDUCATION NATIONALE ENONCEES PAR LE SOCLE NORMATIF	8
2	LA QUASI-ABSENCE D'ARTICULATION ENTRE LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE SCOLAIRE DANS LE SOCLE NORMATIF.....	10

[2] Les missions des médecins de l'éducation nationale¹ sont définies par un socle normatif dense, réparti dans différents codes. Les normes les plus nombreuses relèvent des codes de l'éducation et de la santé publique, qui énoncent les dispositions de niveau législatif relatives à ces missions. Des normes de niveau réglementaire figurent dans ces deux mêmes codes, mais aussi dans le code du travail, et marginalement dans d'autres codes (code du sport, code rural et de la pêche maritime).

[3] Une partie des textes réglementaires n'est pas codifiée. A cet égard, la recherche retracée ici inclut les principaux textes en vigueur mais n'est pas exhaustive.

[4] Les dispositions relevant du code de l'éducation et du code de la santé publique fonctionnent pour quelques-unes en miroir : le code de la santé publique (art. L2325 2, art. L2325-3) reprend explicitement quelques-unes des dispositions du code de l'éducation, réciproquement le code de l'éducation s'inscrit pour quelques-unes de ses dispositions (art. L541-1, art. L. 541-3) dans la mise en œuvre de dispositions du code de la santé publique. S'agissant de la « *visite organisée à l'école pour tous les enfants âgés de trois ans à quatre ans* », les deux codes divergent : le code de la santé publique (art. R2132-1) impose que cette visite soit effectuée par un médecin alors que l'article L541-1 du code de l'éducation en charge de façon plus floue « *les professionnels de santé* » de la PMI ou de l'éducation nationale.

[5] La présente annexe présente un tableau synoptique des missions légalement ou réglementairement dévolues aux médecins de l'éducation nationale, à titre exclusif ou non. Elle propose également une présentation de ces mêmes missions par codes.

1 Principales missions des médecins de l'éducation nationale énoncées par le socle normatif

[6] Le décret n°91-1195 du 27 novembre 1991 portant dispositions statutaires applicables au corps des médecins de l'éducation nationale (MEN) charge ces derniers

- Des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé auprès de l'ensemble des enfants scolarisés dans les établissements d'enseignement des premiers et seconds degrés de leur secteur d'intervention
- De la réalisation du bilan de santé obligatoire lors de l'entrée à l'école élémentaire, du bilan exigé lors du passage dans le cycle secondaire et du bilan d'orientation scolaire ou professionnelle
- De l'identification des besoins de santé spécifiques de leur secteur et de l'élaboration des programmes prioritaires prenant en compte les pathologies dominantes et les facteurs de

¹ Quelques-uns des articles du code de l'éducation désignent non pas le « médecin de l'éducation nationale », mais le « médecin de santé scolaire », sans que la mission ait pu retracer la différence éventuelle entre les deux titres et, en l'absence le cas échéant de différence, les raisons de l'emploi ponctuel de la seconde expression. Selon les interlocuteurs interrogés dans les services du ministère de l'éducation nationale, l'appellation « médecins de l'éducation nationale » renvoie à une situation statutaire mais désigne les mêmes personnels que les « médecins de santé scolaire » ou « médecins scolaires ».

risques particuliers. A cet effet, les médecins de l'éducation nationale sont chargés de conduire des études épidémiologiques

- De contribuer à la formation initiale et à la formation continue des personnels enseignants, des personnels non enseignants et des personnels paramédicaux ainsi qu'aux actions d'éducation en matière de santé auprès des élèves et des parents, menées en collaboration avec la communauté éducative
- De participer à la surveillance de l'environnement scolaire, notamment en matière d'ergonomie, d'hygiène et de sécurité
- D'assurer les tâches médico-psycho-pédagogiques concourant à l'adaptation et à l'orientation des élèves notamment par leur participation aux diverses commissions de l'éducation spécialisée.

[7] Les médecins de l'éducation nationale sont ainsi en charge d'actions de diagnostic et de suivi individuel, d'initier et mener des études épidémiologiques, d'actions de prévention collective (promotion de la santé), d'actions destinées à rendre le milieu scolaire favorable à la santé (formation des personnels enseignants et non enseignants, surveillance de l'environnement scolaire) et de participer à diverses commissions.

[8] L'examen du socle normatif présenté dans le tableau ci-dessous conduit à distinguer, parfois de façon redondante, vingt-deux fonctions. La moitié d'entre elles ne sont pas attribuées exclusivement aux médecins de l'éducation nationale : elles sont soit exerçables alternativement par les MEN et d'autres catégories de médecins, soit partagées avec des personnels non médicaux. Les missions exclusivement à la charge des médecins de l'éducation nationale sont² :

- Les suites et le suivi des visites des 3 / 4 ans et de la sixième année
- La réception des dossiers médicaux des enfants suivis à l'école maternelle
- Les examens médicaux périodiques à conduire pendant tout le cours de la scolarité, et le suivi sanitaire des élèves
- La collaboration à la mise en œuvre du parcours de santé
- La participation aux commissions d'examen des contestations de décision de refus d'autorisation d'instruction dans la famille
- La rédaction des avis sur la nécessité de faire bénéficier un élève d'un plan d'accompagnement personnalisé (PAP)
- Dans les écoles maternelles et élémentaires privées sous contrat, l'émission d'avis pour les décisions d'allongement ou de raccourcissement de la durée passée par un élève à l'école élémentaire
- Pour le baccalauréat général, la délivrance d'un certificat médical aux candidats qui ne peuvent subir l'épreuve d'éducation physique et sportive
- Un concours à l'élaboration des projets d'accueil individualisés (PAI)

² Dans l'ordre du tableau présenté ci-dessous.

- Les actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé auprès de l'ensemble des enfants scolarisés dans les établissements d'enseignement des premiers et seconds degrés de leur secteur d'intervention. Il est à noter que l'article D541-2 du code de l'éducation, codifiant le décret n°91-1195, charge les médecins de l'éducation nationale des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé, alors que l'article L541-1 du même code confie la responsabilité des actions de la promotion de la santé à l'ensemble des personnels de la communauté éducative, donc enseignants compris. Des dispositions autres du même décret précisent cependant elles aussi que les actions d'éducation en matière de santé auprès des élèves et des parents sont menées en collaboration avec « la communauté éducative ».
- La conduite de la visite médicale de la sixième année, celle des 3 / 4 ans étant une compétence alternative des médecins de PMI et des MEN ; aux termes du décret 91-1195 du 27 novembre 1991, en vigueur, les médecins de l'éducation nationale sont également chargés « *du bilan exigé lors du passage dans le cycle secondaire et du bilan d'orientation scolaire ou professionnelle* ».
- La délivrance annuelle d'un avis médical d'aptitude pour les jeunes en formation professionnelle, lorsque ces formations comportent des travaux potentiellement dangereux.

[9] Les missions des MEN relatives aux projets d'accueil individualisés (PAI) et aux avis relatifs à l'utilité d'un plan d'accompagnement personnalisé (PAP) sont le plus souvent présentées de la même façon par les interlocuteurs rencontrés, elles sont cependant de nature différente au regard du socle normatif : les PAI doivent être élaborés avec *le concours* du médecin de l'éducation nationale (art. D351-9 du code de l'éducation). Pour les PAP par contre, l'avis du MEN est requis pour apprécier la nécessité de faire bénéficier un élève d'un plan d'accompagnement, mais le texte en vigueur (art. D311-13 du code de l'éducation) ne charge pas les médecins de participer à l'élaboration du plan. Pour autant, le code de l'éducation ne désigne pas d'autorité responsable de l'élaboration du plan ; cela a pu conduire de fait à en faire peser la charge sur les MEN.

2 La quasi-absence d'articulation entre les professionnels de la santé scolaire dans le socle normatif

[10] L'article L541-1, disposant que « *des examens médicaux périodiques sont également effectués pendant tout le cours de la scolarité et le suivi sanitaire des élèves est exercé avec le concours de l'infirmier et, dans les établissements du second degré, d'un assistant de service social* » est l'une des seules dispositions prévoyant une coordination entre médecins de l'éducation nationale, infirmiers et assistants de service social. Les modalités de cette coordination ne sont cependant pas définies par le socle normatif en vigueur. Il en va de même des modalités de la coordination entre personnels médicaux, infirmiers, assistants de service social et psychologues de l'éducation nationale affirmée pour la réalisation des actions de la promotion de la santé par l'article L. 121-4-1 du code de l'éducation.

[11] De plus, s'agissant des bilans et visites, l'arrêté éducation nationale / santé du 3 novembre 2015 confie non plus aux médecins de l'éducation nationale, mais aux infirmiers la réalisation de la visite obligatoire de la douzième année³. **Cet arrêté est en cela en retrait par rapport au décret n° 91-1195 du 27 novembre 1991, restant néanmoins en vigueur⁴**, qui fixe les missions des médecins de l'éducation nationale et leur confie notamment la réalisation du bilan de santé obligatoire lors de l'entrée à l'école élémentaire, du bilan exigé lors du passage dans le cycle secondaire et du bilan d'orientation scolaire ou professionnelle.

[12] Les dispositions relatives à ces trois bilans sont de niveau réglementaire alors que les dispositions relatives au bilan des 3 - 4 ans sont de niveau législatif dans le même code (article L541-1 du code de l'éducation). Au lieu d'articuler les rôles respectifs des médecins et infirmiers dans la conduite des visites médicales, notamment les visites obligatoires, le socle normatif scinde ainsi les visites à la charge des médecins et celles qu'il confie aux infirmiers. Ces dernières ne pouvant être qualifiées de visites médicales, le socle normatif utilise la dénomination de « visites de dépistage ». La capacité de dépistage des infirmiers est pour autant limitée par leur absence de formation médicale au diagnostic, ainsi que par leur accès incomplet aux antécédents médicaux de l'enfant, protégés par le secret médical⁵. L'arrêté cité indique simplement que « *l'infirmier pourra solliciter, en tant que de besoin, l'avis de l'assistant de service social, du médecin de l'éducation nationale, ou du psychologue de l'éducation nationale* ». L'expression « *en tant que de besoin* » confie paradoxalement à la capacité de diagnostic de l'infirmier la pertinence de sa décision de solliciter ou non l'avis du médecin notamment, pour le cas où les organisations et effectifs disponibles ouvrent effectivement à l'infirmier la faculté d'y avoir recours.

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

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

[15] L'article L541-1 du code de l'éducation pose implicitement pour les enseignants une mission de participation aux actions de la promotion de la santé, dont il confie la responsabilité à

³ Le rapport 2017 de l'Académie de médecine rappelle qu'en 2015, le Conseil national de l'Ordre des médecins avait demandé aux ministres de l'éducation nationale et de la santé de maintenir la visite des enfants de 11 ans par un médecin Communiqué de presse. 2 juillet 2015. www.conseil-national.medecin.fr.

⁴ Conseil d'État, 4e et 5e chambres réunies, 24 novembre 2017 – n° 395858 : « *La visite de dépistage, réalisée par l'infirmier /.../ se distingue tant par son objet que par son contenu du "bilan de santé" confié par le décret du 27 novembre 1991 aux seuls médecins de l'éducation nationale et auquel elle ne peut se substituer* ».

⁵ L'annexe III de l'arrêté du 3 novembre 2015 dispose que l'infirmier de l'éducation nationale analyse les antécédents de l'enfant à partir, notamment du carnet de santé, avec l'accord des parents, et « *des éléments de la visite de la 6e année qui lui sont accessibles* » /.../.

l'ensemble des personnels de la « communauté éducative », donc enseignants compris. L'article L. 121-4-1 du même code souligne cependant que les actions de la promotion de la santé relèvent « en priorité des personnels médicaux, infirmiers, assistants de service social et psychologues de l'éducation nationale », la participation des enseignants à ces actions n'étant pas exclue par ces dispositions, mais pas mentionnée non plus. L'arrêté MEN-DGESCO du premier juillet 2013 portant « référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation » énonce, parmi les « compétences communes à tous les professeurs et personnels d'éducation », un rôle de « contribution à la mise en œuvre des éducations transversales, notamment l'éducation à la santé, l'éducation à la citoyenneté, l'éducation au développement durable et l'éducation artistique et culturelle ». La mission n'a pu trouver de précisions permettant d'appréhender la nature de la contribution affirmée à l'éducation à la santé pour les enseignants de chaque niveau et discipline.

[16] Il est à noter que le code de l'éducation charge les médecins de l'éducation nationale du suivi des visites effectuées, y compris pour celles qui sont menées par les PMI, recelant en cela une certaine fluidité entre PMI et médecine scolaire.

Tableau 1 : Missions des médecins de l'éducation nationale, dans l'ensemble du socle normatif⁶

	Référence normative	Enoncé	Mission exclusive	Mission partagée ou compétence exercée en alternative d'autres intervenants	Observations autres
NIVEAU LEGISLATIF					
	Article L312-18 du code de l'éducation Version en vigueur depuis le 03 juin 2021	Prévention et information sur les toxicomanies et les conduites addictives Une information est délivrée sur les conduites addictives et leurs risques, notamment concernant les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis, dans les collèges et les lycées, à raison d'au moins une séance annuelle, par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire ainsi que d'autres intervenants extérieurs.	NON	Mission non spécifique aux médecins de l'éducation nationale	Cette disposition législative pose la possibilité d'associer pour l'accomplissement d'une même mission les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et « <i>d'autres intervenants extérieurs</i> ».
Actions de promotion de la santé des élèves	Article L541-1 du code de l'éducation	Les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'éducation nationale. L'ensemble des personnels de la communauté éducative participe à cette mission,	NON	Mission partagée avec l'ensemble des personnels de la communauté éducative	L'article L541-1 confie la responsabilité des actions de la promotion de la santé à l'ensemble des personnels de la communauté

⁶ S'agissant des codes de l'éducation, de la santé, du travail, du sport, du code rural et de la pêche maritime, ainsi que d'une partie des textes réglementaires non codifiés

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

		assurée en priorité par les personnels médicaux, infirmiers, assistants de service social et psychologues de l'éducation nationale, travaillant ensemble de manière coordonnée.			éducative, donc enseignants compris.
	Article L. 121-4-1 du code de l'éducation	La promotion de la santé à l'école « relève en priorité des personnels médicaux, infirmiers, assistants de service social et psychologues de l'éducation nationale, travaillant ensemble de manière coordonnée. Elle est conduite, dans tous les établissements d'enseignement, y compris les instituts médico-éducatifs, conformément aux priorités de la politique de santé et dans les conditions prévues à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique, par les autorités académiques en lien avec les agences régionales de santé, les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie concernés. Elle veille également à sensibiliser l'environnement familial des élèves afin d'assurer une appropriation large des problématiques de santé publique. »	NON	Mission partagée entre les personnels médicaux, infirmiers, les assistants de service social et psychologues de l'éducation nationale Mission conduite par les autorités académiques en lien avec les agences régionales de santé, les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie concernés.	Ce n'est pas le cas de l'article L. 121-4-1.
Visites médicales et de dépistage obligatoires	Article L541-1 du code de l'éducation	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	NON	Intervenant alternatif : professionnel de santé choisi par la famille	

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

		attestant que l'examen correspondant à l'âge de l'enfant, prévu à l'article L. 2132-2 du code de la santé publique, a été réalisé par un professionnel de santé de leur choix.			
<i>Dont :</i> Visite organisée à l'école pour tous les enfants âgés de trois ans à quatre ans	Article L541-1 du code de l'éducation	Une visite est organisée à l'école pour tous les enfants âgés de trois ans à quatre ans. Cette visite permet notamment un dépistage des troubles de santé, qu'ils soient sensoriels, psycho-affectifs, staturo-pondéraux ou neurodéveloppementaux, en particulier du langage oral. Elle est effectuée par les professionnels de santé du service départemental de protection maternelle et infantile en application du 2° de l'article L. 2112-2 du même code et permet l'établissement du bilan de santé mentionné au même article L. 2112-2. Lorsque le service départemental de protection maternelle et infantile n'est pas en mesure de la réaliser, la visite est effectuée par les professionnels de santé de l'éducation nationale.	NON	Intervenants alternatifs, dans des conditions non définies : PMI ou professionnels de santé de l'éducation nationale. OUI, compétence partagée avec d'autres professionnels de santé aux termes du code de l'éducation. Au regard du CSP, compétence partagée uniquement avec les médecins de PMI.	Le code de la santé publique impose que la visite des 3 / 4 ans soit effectuée par un médecin alors que le code de l'éducation en charge de façon plus floue « les professionnels de santé » de la PMI ou de l'éducation nationale.
Visite organisée avant les six ans de l'enfant	Article 21-32.1 CSP	Avant les six ans de l'enfant, ces examens peuvent être faits par un médecin d'une consultation de protection maternelle et infantile ou par un médecin de l'éducation nationale pour l'examen prévu au			

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

		quatrième alinéa de l'article L. 541-1 du code de l'éducation. »			
Suites de ces visites et suivi	Article L541-1 du code de l'éducation	Les médecins de l'éducation nationale travaillent en lien avec l'équipe éducative, les professionnels de santé et les parents, afin que, pour chaque enfant, une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés suite à ces visites.	OUI Compétence exclusive des médecins de l'éducation nationale, même si elle est exercée « en lien avec » les professionnels et autres personnes mentionnées.		NB : le code de l'éducation charge les médecins de l'éducation nationale du suivi des visites effectuées, y compris pour celles qui sont menées par les PMI.
Réception des dossiers médicaux des enfants suivis à l'école maternelle	Article L2112-5 CSP Version en vigueur depuis le 22 juin 2000	Le service départemental de protection maternelle et infantile établit une liaison avec le service de santé scolaire, notamment en transmettant au médecin de santé scolaire les dossiers médicaux des enfants suivis à l'école maternelle. Les modalités de cette transmission doivent garantir le respect du secret professionnel.	OUI		
Collaboration à la mise en œuvre des parcours d'accompagnement des enfants de trois à douze ans inclus en	Article 6323-3 CSP	Les maisons de santé peuvent mettre en œuvre un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les enfants de trois à douze ans inclus qui, selon les critères fixés par la Haute Autorité de santé,	NON	Collaboration, partagée avec d'autres intervenants	

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

<p>situation ou risque de surpoids ou d'obésité</p>		<p>sont en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentent des facteurs de risque d'obésité. Ce parcours comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des séances de suivi diététique et psychologique. En accord avec les parents ou le représentant légal de l'enfant, le parcours est mis en œuvre en collaboration avec le médecin de l'éducation nationale de l'établissement au sein duquel est scolarisé l'enfant ainsi que, le cas échéant, avec le médecin traitant ou le médecin du service de protection maternelle et infantile.</p>			
<p>Pendant tout le cours de la scolarité, examens médicaux périodiques, et suivi sanitaire des élèves</p>	<p>Article L541-1 du code de l'éducation</p>	<p>Des examens médicaux périodiques sont également effectués pendant tout le cours de la scolarité et le suivi sanitaire des élèves est exercé avec le concours de l'infirmier et, dans les établissements du second degré, d'un assistant de service social.</p>	<p>OUI</p>	<p>Compétence exclusive des médecins de l'éducation nationale. S'agissant du suivi sanitaire des élèves, compétence exercée « avec le concours » des professionnels mentionnés.</p>	<p>NB : il s'agit ici de l'une des seules dispositions prévoyant une coordination entre médecins EN et infirmiers d'une part, assistants de service social d'autre part.</p> <p>Le concours des infirmiers est expressément prévu ici dans les établissements du premier degré alors que les infirmiers sont davantage présents dans les établissements du second degré.</p> <p>NB bis : Paradoxalement, l'article L541-1 confie la visite des 3-4 ans aux « professionnels de santé » et non aux seuls médecins, alors qu'il charge plus classiquement les seuls</p>

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

					médecins des visites et examens pendant tout le cours de la scolarité.
Collaboration à la mise en œuvre du parcours de santé	Maisons de santé. Article L6323-3 en vigueur depuis le 25 déc. 2021	/.../ En accord avec les parents ou le représentant légal de l'enfant, le parcours est mis en œuvre en collaboration avec le médecin de l'éducation nationale de l'établissement au sein duquel est scolarisé l'enfant /.../	OUI		
Suivi médical des sportifs	Article L231-1 du code du sport, version en vigueur depuis le 17 avril 2010	Les médecins de santé scolaire, les médecins du travail, les médecins militaires et les médecins généralistes contribuent, en liaison avec les médecins spécialisés, aux actions de prévention concernant la pratique des activités physiques et sportives grâce à une formation initiale nécessaire à la pratique des examens médico-sportifs, contenue dans le deuxième cycle des études médicales et grâce à une formation continue adaptée.	NON	Compétence partagée avec d'autres catégories de médecins.	
NIVEAU REGLEMENTAIRE					
Participation aux commissions d'examen des contestations de décision de refus	Article D131-11-11 du code de l'éducation, en vigueur	(La commission) comprend en outre quatre membres : 1° Un inspecteur de l'éducation nationale ; 2° Un inspecteur d'académie-inspecteur pédagogique	OUI		

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

d'autorisation d'instruction dans la famille	depuis le 17 février 2022	régional ; 3° Un médecin de l'éducation nationale ; /.../			
Avis sur la nécessité de faire bénéficier un élève d'un plan d'accompagnement personnalisé (PAP)	Article D311-13 du code de l'éducation, en vigueur depuis le 21 novembre 2014	Les élèves dont les difficultés scolaires résultent d'un trouble des apprentissages peuvent bénéficier d'un plan d'accompagnement personnalisé prévu à l'article L. 311-7, après avis du médecin de l'éducation nationale. Il se substitue à un éventuel programme personnalisé de réussite éducative. Le plan d'accompagnement personnalisé définit les mesures pédagogiques qui permettent à l'élève de suivre les enseignements prévus au programme correspondant au cycle dans lequel il est scolarisé. Il est révisé tous les ans.	OUI		<p>NB : Aux termes du décret, l'avis du médecin ne porte pas clairement sur le contenu du PAP ; la rédaction exige plutôt l'avis du médecin sur la nécessité de bénéficier d'un PAP. Ces dispositions diffèrent de celles relatives au PAI (<i>cf. infra</i>), qui exigent le concours du médecin pour l'élaboration même du projet.</p> <p>NB bis : l'article D351-5 du code de l'éducation, relatif au contenu du projet personnalisé de scolarisation, ne précise pas la typologie des personnels chargés de son élaboration.</p>
Organisation de l'enseignement dans les écoles maternelles et élémentaires privées sous contrat : avis du médecin scolaire pouvant être requis pour les décisions d'allongement ou de raccourcissement de la durée passée par un	Articles D321-18 à D321-27 du code de l'éducation, ici article D321-22	<p>/.../ Lorsque la durée passée par un élève à l'école élémentaire doit être allongée ou réduite d'un an, il est procédé comme suit :</p> <p>L'équipe pédagogique, éventuellement sur demande des représentants légaux, examine la situation de l'enfant. L'avis du médecin scolaire peut être demandé. /.../</p>	OUI (en cas de demande de l'avis du médecin scolaire).		NB : L'article D321-22 parle du « médecin scolaire » et non du « médecin de l'éducation nationale ».

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

élève à l'école élémentaire					
Baccalauréat général : délivrance d'un certificat médical aux candidats qui ne peuvent subir l'épreuve d'éducation physique et sportive	Article D334-6 - Version en vigueur depuis le 03 juin 2019	Les candidats qui ne peuvent subir l'épreuve d'éducation physique et sportive pour une raison de santé, sont dispensés de cette épreuve à condition de produire un certificat délivré par un médecin concourant à l'exercice des tâches médico-scolaires./.../	NON / OUI	<i>Stricto sensu</i> , ce n'est pas une compétence exclusive des médecins de l'éducation nationale. Cependant en pratique seuls les médecins de PMI ou d'autres catégories de médecins scolaires (municipaux ?) pourraient également être désignés par la rédaction « médecin concourant à l'exercice des tâches médico-scolaires », et il ne serait pas cohérent de les charger d'intervenir au niveau du baccalauréat.	
Concours à l'élaboration des projets d'accueil individualisés (PAI).	Article D351-9 du code de l'éducation, en vigueur depuis le 15 août 2022	/.../ invalidant, nécessite un aménagement sans qu'il soit nécessaire de recourir aux dispositions prévues par les articles D. 351-5 à D. 351-7, un projet d'accueil individualisé est élaboré avec le concours du médecin [...] de l'éducation nationale ou, pour les élèves relevant de l'enseignement agricole, d'un médecin désigné par l'autorité académique compétente, ou du médecin du service de protection maternelle et infantile /.../	OUI Hormis pour les élèves relevant de l'enseignement agricole	Pour les élèves relevant de l'enseignement agricole, compétence pouvant être exercée par un médecin désigné par l'autorité académique compétente, ou le médecin du service de protection maternelle et infantile	

<p>Les médecins de l'éducation nationale sont chargés des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé auprès de l'ensemble des enfants scolarisés dans les établissements d'enseignement des premier et second degrés de leur secteur d'intervention.</p> <p>Ils réalisent le bilan de santé obligatoire lors de l'entrée à l'école élémentaire, le bilan exigé lors du passage dans le cycle secondaire et le bilan d'orientation scolaire ou professionnelle.</p> <p>Ils identifient les besoins de santé spécifiques de leur secteur et élaborent des programmes prioritaires prenant en compte les pathologies</p>	<p>Article D541-2 du code de l'éducation, version en vigueur depuis le 21 mai 2009</p> <p>Création Décret n°2009-553 du 15 mai 2009</p>	<p>Les missions des médecins de l'éducation nationale sont fixées à l'article 2 du décret n° 91-1195 du 27 novembre 1991 (cf. ci-contre, première colonne) portant dispositions statutaires applicables au corps des médecins de l'éducation nationale et à l'emploi de médecin de l'éducation nationale-conseiller technique.</p> <p><i>(Pour mémoire) Les missions des infirmiers et infirmières de l'éducation nationale sont fixées à l'article L. 4311-1 du code de la santé publique et au chapitre 1er du titre 1er du livre III de la quatrième partie réglementaire de ce code.</i></p>	<p>OUI</p>		<p>L'article D541-2, renvoyant au décret n°91-1195 du 27 novembre 1991, fixe à l'ensemble des enfants scolarisés le champ des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé.</p> <p>Il en charge ici les médecins de l'éducation nationale, alors que l'article L541-1 confie la responsabilité des actions de la promotion de la santé à l'ensemble des personnels de la communauté éducative, donc enseignants compris. Cependant les dispositions infra du même décret précisent elles aussi que les actions d'éducation en matière de santé auprès des élèves et des parents sont menées en collaboration avec « la communauté éducative ».</p> <p>Les médecins de l'éducation nationale sont chargés de la réalisation des trois bilans.</p> <p>NB : Les dispositions relatives à ces trois bilans sont de niveau réglementaire alors que les dispositions relatives au bilan des 3 – 4 ans sont de niveau législatif dans le même code (article L541-1 du code de l'éducation).</p>
---	---	---	------------	--	--

<p>dominantes et les facteurs de risques particuliers. A cet effet, ils conduisent des études épidémiologiques.</p> <p>Ils contribuent à la formation initiale et à la formation continue des personnels enseignants, des personnels non enseignants et des personnels paramédicaux ainsi qu'aux actions d'éducation en matière de santé auprès des élèves et des parents menées en collaboration avec la communauté éducative.</p> <p>Ils participent à la surveillance de l'environnement scolaire, notamment en matière d'ergonomie, d'hygiène et de sécurité.</p>					
---	--	--	--	--	--

<p>Ils assurent les tâches médico-psycho-pédagogiques concourant à l'adaptation et à l'orientation des élèves notamment par leur participation aux diverses commissions de l'éducation spécialisée.</p>					
<p>Contrôle médical des activités physiques et sportives scolaires</p>	<p>Article R. 312-3 du code de l'éducation</p>	<p>Les médecins de santé scolaire peuvent, à l'occasion des examens prévus aux articles L. 541-1 et L. 541-4, délivrer des certificats constatant une inaptitude physique totale ou partielle à la pratique de l'éducation physique et sportive.</p> <p>Ils sont destinataires des certificats médicaux délivrés en dehors de ces examens lorsqu'une inaptitude d'une durée supérieure à trois mois a été constatée.</p>	<p>NON pour la délivrance des certificats constatant une inaptitude physique</p> <p>OUI pour la réception des certificats mentionnés au deuxième alinéa</p>		
<p>Contrôle médical des activités physiques et sportives scolaires</p>	<p>Article R. 312-6 du code de l'éducation</p>	<p>Les candidats handicapés physiques et les inaptés partiels scolarisés peuvent, en fonction des modalités de prise en compte de l'éducation physique et sportive définies par le règlement d'examen, soit bénéficier d'un contrôle en cours de formation adapté à leurs possibilités, soit participer à une</p>	<p>OUI</p>		

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

		<p>épreuve ponctuelle d'éducation physique et sportive aménagée, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de l'éducation.</p> <p>Pour être autorisés à présenter l'épreuve ponctuelle d'éducation physique et sportive aménagée, ces candidats doivent avoir été déclarés soit handicapés physiques, soit inaptes partiels, et reconnus aptes à passer cette épreuve par le médecin de santé scolaire.</p>			
<p>Concours à l'action d'information des élèves et des étudiants âgés d'au moins seize ans sur le don d'organes à fins de greffe et les modalités de consentement à ce don</p>	<p>Section 5 : Information des personnes âgées d'au moins seize ans en faveur du don d'organes</p> <p>Article R1211-51 CSP, en vigueur depuis le 13 décembre 2021, modifié par décret n°2021-1627</p>	<p>Les médecins de l'éducation nationale et les médecins de médecine préventive des établissements d'enseignement supérieur apportent leurs concours à l'action d'information des élèves et des étudiants âgés d'au moins seize ans sur le don d'organes à fins de greffe et les modalités de consentement à ce don prévues par les dispositions du titre Ier et du chapitre II du titre III du livre II de la première partie du présent code.</p> <p>Ils mettent en œuvre les modalités d'information prévues au deuxième alinéa de l'article R. 1211-50, vis-à-vis des élèves et étudiants d'au moins seize ans, dans toute circonstance jugée opportune.</p>	NON	<p>Mission partagée avec d'autres intervenants, non énumérés</p>	

	<p>du 10 décembre 2021 - art. 1</p>				
	<p>Section 1 : Examens obligatoires.</p> <p>Article R2132-1 CSP</p> <p>En vigueur depuis le 21 mai 2021</p> <p>Modifié par Décret n°2021-613 du 18 mai 2021 - art. 1</p>	<p>I.- Le suivi préventif des enfants comprend notamment vingt examens médicaux obligatoires au cours des dix-huit premières années répartis ainsi :</p> <p>1° Quatorze au cours des trois premières années ;</p> <p>2° Trois de la quatrième à la sixième année</p> <p>3° Trois de la septième à la dix-huitième année.</p> <p>Le calendrier de ces examens est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.</p> <p>II.- Les examens sont faits soit par le médecin traitant de l'enfant soit par un autre médecin choisi par les parents de l'enfant ou par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou les personnes ou services à qui l'enfant a été confié.</p> <p>Avant les six ans de l'enfant, ces examens peuvent être faits par un médecin d'une consultation de protection maternelle et infantile ou par un médecin de l'éducation nationale pour l'examen prévu au</p>	<p>NON</p>		<p>Cf. Arrêté du 26 février 2019 relatif au calendrier des examens médicaux obligatoires de l'enfant</p>

		<p>quatrième alinéa de l'article L. 541-1 du code de l'éducation.</p> <p>III.- Le contenu des examens mentionnés au I porte sur :</p> <p>1° La surveillance de la croissance staturo-pondérale de l'enfant ;</p> <p>2° La surveillance de son développement physique, psychoaffectif et neuro-développemental ;</p> <p>3° Le dépistage des troubles sensoriels ;</p> <p>4° La pratique ou la vérification des vaccinations ;</p> <p>5° La promotion des comportements et environnements favorables à la santé, en particulier l'activité physique et sportive ;</p> <p>6° Le dépistage d'éventuelles contre-indications à la pratique sportive.</p> <p>Une description détaillée du contenu de ces examens peut figurer dans le carnet de santé mentionné à l'article L. 2132-1.</p> <p>IV.- Les résultats des examens prévus au I sont mentionnés dans le carnet de santé et, le cas échéant, dans le dossier médical partagé de l'enfant prévu à l'article L. 1111-14.</p>			
--	--	--	--	--	--

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

<p>Participation aux consultations de vaccination autorisées par le conseil départemental</p>	<p>Article R3111-10 CSP Version en vigueur depuis le 27 janvier 2018</p>	<p>Pour les consultations de vaccination autorisées par le conseil départemental en application du deuxième alinéa de l'article R. 3111-4, le président du conseil départemental désigne les médecins chargés des vaccinations et des examens médicaux préalables et les auxiliaires techniques et administratifs, sur proposition du maire en ce qui concerne les auxiliaires administratifs. /.../ ; les médecins ou auxiliaires appartenant au service de santé scolaire sont désignés sur avis conforme du chef de service intéressé. /.../</p>			
<p>Visite médicale de la sixième année</p>	<p>Arrêté EN/Santé 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</p>	<p>Cet arrêté confie de façon univoque aux médecins de l'éducation nationale la conduite de l'examen de la sixième année.</p>	<p>OUI</p>		

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

	code de l'éducation				
Délivrance annuelle d'un avis médical d'aptitude. pour les jeunes en formation professionnelle, lorsque ces formations comportent des travaux potentiellement dangereux	Articles R4153-38 à R4153-45 du code du travail (cf. <i>infra</i>)	<i>(Synthèse) Aux termes de l'article R4153-40 du code du travail, pour les formations professionnelles comportant des catégories de travaux les exposant à des risques pour leur santé, leur sécurité, leur moralité ou excédant leurs forces, déterminées par voie réglementaire (L 4153-8 du même code), un avis médical d'aptitude est obligatoire avant toute affectation du jeune à ces travaux. Cet avis médical est délivré chaque année par le médecin chargé du suivi médical des élèves et des étudiants, des stagiaires de la formation professionnelle ou des jeunes accueillis dans les établissements mentionnés au 4° de l'article R. 4153-39.</i>	OUI		<p>Le code du travail confère au chef d'établissement la responsabilité de ne pas affecter les jeunes aux travaux correspondants avant la délivrance du certificat médical d'aptitude, et de communiquer les informations correspondantes à l'inspection du travail.</p> <p>Le caractère annuel des attestations correspondantes alourdit considérablement le travail correspondant pour les médecins.</p>

Tableau 2 : Les missions des médecins de l'éducation nationale aux termes du code de l'éducation

Références normatives	Enoncés	Observations relatives aux passages grisés
<p>Article L312-18 Version en vigueur depuis le 03 juin 2021</p> <p>Prévention et information sur les toxicomanies et les conduites addictives</p>	<p>Une information est délivrée sur les conduites addictives et leurs risques, notamment concernant les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis, dans les collèges et les lycées, à raison d'au moins une séance annuelle, par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire ainsi que d'autres intervenants extérieurs.</p>	<p>Mission non spécifique aux médecins de l'éducation nationale</p>
<p>Article L. 541-3</p>	<p>" Dans chaque chef-lieu de département et d'arrondissement, dans chaque commune de plus de 5 000 habitants et dans les communes désignées par arrêté ministériel, un ou plusieurs centres médico-sociaux scolaires sont organisés pour les visites et examens prescrits aux articles L. 541-1 et L. 541-2.</p> <p>Ils concourent à la mise en œuvre des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé que comporte le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies prévu à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique."</p>	<p>NB : Pour mémoire. Pas de mention ici des médecins EN.</p>
<p>Article L541-1</p> <p>Version en vigueur depuis le 01 septembre 2022</p> <p>Modifié par LOI n°2021-1754 du 23</p>	<p>Les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'éducation nationale. L'ensemble des personnels de la communauté éducative participe à cette mission, assurée en priorité par les personnels médicaux, infirmiers, assistants de service social et psychologues de l'éducation nationale, travaillant ensemble de manière coordonnée. A ce titre, les élèves bénéficient, au cours de leur scolarité, d'actions de prévention et d'information, de visites médicales et de dépistage obligatoires, qui constituent leur parcours de santé dans le système scolaire. Les élèves bénéficient également d'actions de promotion de la santé constituant un parcours éducatif de santé conduit dans les conditions</p>	<p>L'article L541-1 dispose que les personnels médicaux de l'EN et les infirmiers, assistants de service social et psychologues de l'éducation nationale travaillent « ensemble de manière coordonnée », sans préciser les modalités de cette coordination.</p> <p>Notion de « visites médicales et de dépistage » (Cf. finalité de ces visites).</p>

<p>décembre 2021 - art. 77 Modifié par LOI n°2020-1525 du 7 décembre 2020 - art. 98 (V)</p>	<p>prévues à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 121-4-1. Ces actions favorisent notamment leur réussite scolaire et la réduction des inégalités en matière de santé.</p> <p>Les visites médicales et de dépistage obligatoires ne donnent pas lieu à contribution pécuniaire de la part des familles.</p> <p>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, prévu à l'article L. 2132-2 du code de la santé publique, a été réalisé par un professionnel de santé de leur choix.</p> <p>Une visite est organisée à l'école pour tous les enfants âgés de trois ans à quatre ans. Cette visite permet notamment un dépistage des troubles de santé, qu'ils soient sensoriels, psycho-affectifs, statur pondéraux ou neuro-développementaux, en particulier du langage oral. Elle est effectuée par les professionnels de santé du service départemental de protection maternelle et infantile en application du 2° de l'article L. 2112-2 du même code et permet l'établissement du bilan de santé mentionné au même article L. 2112-2. Lorsque le service départemental de protection maternelle et infantile n'est pas en mesure de la réaliser, la visite est effectuée par les professionnels de santé de l'éducation nationale.</p> <p>Au cours de la sixième année, une visite permettant en particulier un dépistage des troubles spécifiques du langage et des apprentissages est organisée dans des conditions fixées par voie réglementaire.</p> <p>Les médecins de l'éducation nationale travaillent en lien avec l'équipe éducative, les professionnels de santé et les parents, afin que, pour chaque enfant, une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés suite à ces visites.</p>	<p>Le bénéfice de ces visites est dévolu aux élèves, sans exclusive. Les dispositions de l'article L541-1 relatives à la visite des trois / quatre ans soulignent même que cette obligation concerne « tous les enfants âgés de trois ans à quatre ans ».</p> <p>Aux termes de l'alinéa visé de l'article L. 121-4-1, la promotion de la santé à l'école « relève en priorité des personnels médicaux, infirmiers, assistants de service social et psychologues de l'éducation nationale, travaillant ensemble de manière coordonnée. Elle est conduite, dans tous les établissements d'enseignement, y compris les instituts médico-éducatifs, conformément aux priorités de la politique de santé et dans les conditions prévues à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique, par les autorités académiques en lien avec les agences régionales de santé, les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie concernés. Elle veille également à sensibiliser l'environnement familial des élèves afin d'assurer une appropriation large des problématiques de santé publique. »</p> <p>Aux termes de l'article 21-32.1 du CSP : « Avant les six ans de l'enfant, ces examens peuvent être faits par un médecin d'une consultation de protection maternelle et infantile ou par un médecin de l'éducation nationale pour l'examen prévu au quatrième alinéa de l'article L. 541-1 du code de l'éducation. » => le code de la santé publique impose que la visite des 3 / 4 ans soit effectuée par un médecin alors que le code de l'éducation en charge de façon plus floue « les professionnels de santé » de la PMI ou de l'éducation nationale.</p>
--	---	---

	<p>Les médecins de l'éducation nationale collaborent avec les centres de santé et les maisons de santé pour la mise en œuvre du parcours mentionné au 7° de l'article L. 6323-1-1 dudit code⁷ et au dernier alinéa de l'article L. 6323-3 du même code (<i>cf. infra</i>). A ce titre, ils peuvent orienter les parents ou le représentant légal de l'enfant vers les centres de santé ou les maisons de santé proposant un tel parcours.</p> <p>Les ministres chargés de l'éducation nationale et de la santé déterminent conjointement, par voie réglementaire, pour les visites médicales et les dépistages obligatoires, la périodicité et le contenu de l'examen médical de prévention et de dépistage, ainsi que les modalités de coordination avec les missions particulières des médecins traitants mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Des examens médicaux périodiques sont également effectués pendant tout le cours de la scolarité et le suivi sanitaire des élèves est exercé avec le concours de l'infirmier et, dans les établissements du second degré, d'un assistant de service social.</p> <p>Avec l'accord du représentant légal de l'élève mineur ou de l'élève majeur, les données de santé collectées dans le cadre des examens, des visites médicales et du suivi médical de l'élève sont reportées dans son dossier médical partagé dans les conditions prévues à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique. Un décret, pris après avis de la Haute Autorité de santé et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, détermine les informations concernées et les échéances des versements.</p>	<p>Par ailleurs pour la visite des 3 - 4 ans : compétence alternative PMI / EN dans des conditions non définies.</p> <p>Conditions fixées par voie réglementaire : <i>cf.</i> arrêté EN/Santé 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 : cet arrêté confie de façon univoque aux médecins de l'éducation nationale la conduite de l'examen de la sixième année.</p> <p>Notion de « visites médicales et les dépistages obligatoires » et d'« examen médical de prévention et de dépistage » « visites de prévention et de dépistage »</p> <p>NB : une des seules dispositions prévoyant une coordination</p>
--	---	--

⁷ Article L. 6323-1-1 7 CSP : « Outre les activités mentionnées à l'article L. 6323-1, les centres de santé peuvent : /.../ 7° Mettre en œuvre, dans des conditions déterminées par décret, un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les enfants de trois à douze ans inclus qui, selon les critères fixés par la Haute Autorité de santé, sont en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentent des facteurs de risque d'obésité. Ce parcours comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des séances de suivi diététique et psychologique ».

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

	Conformément au VII de l'article 98 de la loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020, les présentes dispositions entrent en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1er septembre 2022.	
Article L541-2 Version en vigueur depuis le 22 juin 2000	Tous les membres du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation, publics ou privés et toutes les personnes se trouvant en contact habituel avec les élèves dans l'enceinte desdits établissements sont obligatoirement soumis, périodiquement, et au moins tous les deux ans, à un examen médical de dépistage des maladies contagieuses. Ils reçoivent à cette occasion par le médecin scolaire une information concernant les causes, les conséquences et les moyens de traitement et de lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie.	NB : article repris à l'article L2325-2 CSP.
Article L2325-3 - Modifié par Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 - art. 8 Centres médico- sociaux scolaires	Comme il est dit à l'article L. 541-3 du code de l'éducation, ci-après reproduit : " Dans chaque chef-lieu de département et d'arrondissement, dans chaque commune de plus de 5 000 habitants et dans les communes désignées par arrêté ministériel, un ou plusieurs centres médico-sociaux scolaires sont organisés pour les visites et examens prescrits aux articles L. 541-1 et L. 541-2. Ils concourent à la mise en œuvre des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé que comporte le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies prévu à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique. "	NB : Pour mémoire ; pas de mention ici des médecins EN.
Article D131-11-11 En vigueur depuis le 17 février 2022 (dans) : Sous-section 3 bis : Modalités de délivrance de l'autorisation d'instruction dans la famille	[...] Elle comprend en outre quatre membres : 1° Un inspecteur de l'éducation nationale ; 2° Un inspecteur d'académie-inspecteur pédagogique régional ; 3° Un médecin de l'éducation nationale ; 4° Un conseiller [...]	

<p>Partie réglementaire (Articles D111-1 à D977-2) Livre III : L'organisation des enseignements scolaires. (Articles D311-1 à R377-8)</p>		
<p>Section 5 : L'accompagnement pédagogique des élèves Article D311-13 Création DÉCRET n°2014-1377 du 18 novembre 2014 - art. 1 - En vigueur depuis le 21 novembre 2014</p>	<p>Les élèves dont les difficultés scolaires résultent d'un trouble des apprentissages peuvent bénéficier d'un plan d'accompagnement personnalisé prévu à l'article L. 311-7, après avis du médecin de l'éducation nationale. Il se substitue à un éventuel programme personnalisé de réussite éducative. Le plan d'accompagnement personnalisé définit les mesures pédagogiques qui permettent à l'élève de suivre les enseignements prévus au programme correspondant au cycle dans lequel il est scolarisé. Il est révisé tous les ans.</p>	<p>Avis du médecin EN pour les plans d'accompagnement personnalisés (PAP), dont la mise en place peut être, aux termes de l'article L. 311-7 du code de l'éducation, proposée au terme de chaque année scolaire par le conseil des maîtres dans le premier degré ou le conseil de classe dans le second degré.</p> <p>NB : Aux termes du décret, l'avis du médecin ne porte pas clairement sur le contenu du PAP ; la rédaction exige plutôt l'avis du médecin sur la nécessité de bénéficier d'un PAP.</p>
<p>Contrôle médical des activités physiques et sportives scolaires Article R. 312-3</p>	<p>Les médecins de santé scolaire peuvent, à l'occasion des examens prévus aux articles L. 541-1 et L. 541-4, délivrer des certificats constatant une inaptitude physique totale ou partielle à la pratique de l'éducation physique et sportive.</p> <p>Ils sont destinataires des certificats médicaux délivrés en dehors de ces examens lorsqu'une inaptitude d'une durée supérieure à trois mois a été constatée.</p>	<p>NB : Les articles R. 312-3 et R 312-6 visent les « <i>médecins de santé scolaire</i> », non les « <i>médecins de l'éducation nationale</i> ».</p>
<p>Article D. 312-6</p>	<p>Les candidats handicapés physiques et les inaptes partiels scolarisés peuvent, en fonction des modalités de prise en compte de l'éducation physique et sportive définies par le règlement d'examen, soit bénéficier d'un contrôle en cours de formation adapté à leurs possibilités, soit participer à une épreuve ponctuelle d'éducation physique et sportive aménagée, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de l'éducation.</p>	

	<p>Pour être autorisés à présenter l'épreuve ponctuelle d'éducation physique et sportive aménagée, ces candidats doivent avoir été déclarés soit handicapés physiques, soit inaptes partiels, et reconnus aptes à passer cette épreuve par le médecin de santé scolaire.</p>	
<p>Organisation de l'enseignement dans les écoles maternelles et élémentaires privées sous contrat. (Articles D321-18 à D321-27)</p> <p>Article D321-22</p>	<p>/.../ Lorsque la durée passée par un élève à l'école élémentaire doit être allongée ou réduite d'un an, il est procédé comme suit :</p> <p>L'équipe pédagogique, éventuellement sur demande des représentants légaux, examine la situation de l'enfant. L'avis du médecin scolaire peut être demandé. /.../</p>	
<p>Article D334-6 - Version en vigueur depuis le 03 juin 2019</p>	<p>Les candidats qui ne peuvent subir l'épreuve d'éducation physique et sportive pour une raison de santé, sont dispensés de cette épreuve à condition de produire un certificat délivré par un médecin concourant à l'exercice des tâches médico-scolaires./.../</p>	
<p>Article D351-4</p> <p>Modifié par Décret n°2022-1155 du 12 août 2022 - art. 2 (pour le contexte, pas de mention directe des missions des médecins dans cet article)</p>	<p>Le parcours de formation de l'élève s'effectue en priorité en milieu scolaire ordinaire, dans son établissement scolaire de référence ou, le cas échéant, dans une autre école ou un autre des établissements scolaires mentionnés au premier alinéa de l'article L. 351-1 du présent code où l'élève est inscrit si son projet personnalisé de scolarisation, mentionné à l'article D. 351-5 du présent code, rend nécessaire le recours à un dispositif adapté.</p> <p>L'élève reste inscrit dans son établissement scolaire de référence s'il est contraint d'interrompre momentanément sa scolarité en raison de son état de santé et de recevoir un enseignement à domicile, en ayant recours, si besoin, à des modalités aménagées d'enseignement à distance.</p> <p>Il reste également inscrit dans son établissement scolaire de référence lorsqu'il est accueilli dans l'un des établissements ou des services mentionnés au 2° et au 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale</p>	

	<p>et des familles ou dans l'un des établissements mentionnés aux titres IV et VI du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique.</p> <p>Sa scolarité peut alors s'effectuer, soit dans l'unité d'enseignement, définie à l'article D. 351-17 du présent code, de l'établissement dans lequel il est accueilli, soit à temps partagés dans cette unité d'enseignement et dans son établissement scolaire de référence, soit à temps partagés dans cette unité d'enseignement et dans l'une des écoles ou l'un des établissements scolaires avec lesquels l'établissement d'accueil met en œuvre une coopération dans les conditions prévues par la convention mentionnée à l'article D. 351-18 du présent code. Dans ce dernier cas, l'élève peut être inscrit dans cette école ou cet établissement scolaire.</p> <p>Dans tous les cas, les modalités de déroulement de sa scolarité sont précisées dans son projet personnalisé de scolarisation ou dans son projet d'accueil individualisé, définis respectivement aux articles D. 351-5 et D. 351-9 du présent code. Ce projet définit, le cas échéant, les modalités du retour de l'élève dans son établissement scolaire de référence.</p> <p>Les responsables légaux d'un élève atteint d'une pathologie chronique ou d'un cancer qui connaît une hospitalisation ou une absence prolongée du milieu scolaire, peuvent demander un temps d'échange avec l'école ou l'établissement scolaire spécifique à la préparation du retour de l'élève en milieu scolaire.</p>	<p>NB : pas de mention spécifique ici des médecins ou infirmiers, mais comment l'établissement organise-t-il le cas échéant le temps d'échange prévu en l'absence de ces personnels ?</p>
<p>Article D351-9 du code de l'éducation</p> <p>En vigueur depuis le 15 août 2022</p>	<p>[...] invalidant, nécessite un aménagement sans qu'il soit nécessaire de recourir aux dispositions prévues par les articles D. 351-5 à D. 351-7, un projet d'accueil individualisé est élaboré avec le concours du médecin [...] de l'éducation nationale ou, pour les élèves relevant de l'enseignement agricole, d'un médecin désigné par l'autorité académique compétente, ou du médecin du service de protection maternelle et infantile [...]</p>	<p>Concours à l'élaboration des projets d'accueil individualisés (PAI).</p> <p>Pour les élèves relevant de l'enseignement agricole, compétence pouvant être exercée par un médecin désigné par l'autorité académique compétente, ou le médecin du service de protection maternelle et infantile</p>
<p>Article D541-2 En vigueur depuis le 21 mai 2009</p>	<p>[...] Les missions des médecins de l'éducation nationale sont fixées à l'article 2 du décret n° 91-1195 du 27 novembre 1991 portant dispositions statutaires</p>	

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

	applicables au corps des médecins de l'éducation nationale [...] et à l'emploi de médecin de l'éducation nationale-conseiller technique. [...]	
Décret n° 91-1195 du 27 novembre 1991, article 2	<p>Les médecins de l'éducation nationale sont chargés des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé auprès de l'ensemble des enfants scolarisés dans les établissements d'enseignement des premier et second degrés de leur secteur d'intervention.</p> <p>Ils réalisent le bilan de santé obligatoire lors de l'entrée à l'école élémentaire, le bilan exigé lors du passage dans le cycle secondaire et le bilan d'orientation scolaire ou professionnelle.</p> <p>Ils identifient les besoins de santé spécifiques de leur secteur et élaborent des programmes prioritaires prenant en compte les pathologies dominantes et les facteurs de risques particuliers. A cet effet, ils conduisent des études épidémiologiques.</p> <p>Ils contribuent à la formation initiale et à la formation continue des personnels enseignants, des personnels non enseignants et des personnels paramédicaux ainsi qu'aux actions d'éducation en matière de santé auprès des élèves et des parents menées en collaboration avec la communauté éducative.</p> <p>Ils participent à la surveillance de l'environnement scolaire, notamment en matière d'ergonomie, d'hygiène et de sécurité.</p> <p>Ils assurent les tâches médico-psycho-pédagogiques concourant à l'adaptation et à l'orientation des élèves notamment par leur participation aux diverses commissions de l'éducation spécialisée.</p>	
Article R911-21, § 2 En vigueur depuis le 29 octobre 2021	[...] Préalablement à toute décision d'octroi ou de renouvellement d'affectation sur un poste adapté, l'autorité compétente recueille l'avis du médecin conseiller technique ou du médecin de prévention . [...]	Cf. missions des médecins conseillers techniques

<p>Paragraphe 1 : L'aménagement du poste de travail</p> <p>Article R911-16, en vigueur depuis le 14 juin 2015</p>	<p>[...] Préalablement à toute décision d'aménagement du poste de travail, l'autorité compétente recueille l'avis du médecin conseiller technique ou du médecin de prévention et celui du supérieur hiérarchique du [...]</p>	
<p>Section 1 : Organisation</p> <p>Article D541-2 En vigueur depuis le 21 mai 2009</p>	<p>[...] Les missions des médecins de l'éducation nationale sont fixées à l'article 2 du 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. [...]</p>	
<p>Article D714-24</p> <p>En vigueur depuis le 21 août 2013</p>	<p>[...] <i>Le directeur du service universitaire ou interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé est un médecin. [...] En l'absence de candidat possédant de tels diplômes ou qualifications, il pourra être fait appel à un médecin du secteur libéral. [...]</i></p>	<p>NB : Au niveau universitaire, la médecine préventive et de promotion de la santé est organisée en services, dirigés par un médecin.</p> <p>Le décret prévoit la possibilité de confier ces postes à un médecin du secteur libéral en l'absence de candidat interne à l'Education nationale.</p>
<p>Sous-section 1 : Organisation de la scolarité.</p> <p>Article D351-9, en vigueur depuis le 15 août 2022</p>	<p>[...] invalidant, nécessite un aménagement sans qu'il soit nécessaire de recourir aux dispositions prévues par les articles D. 351-5 à D. 351-7, un projet d'accueil individualisé est élaboré avec le concours du médecin [...] de l'éducation nationale ou, pour les élèves relevant de l'enseignement agricole, d'un médecin désigné par l'autorité académique compétente, ou du médecin du service de protection maternelle et infantile [...]</p>	<p>PAI, cf. supra</p>

Tableau 3 : Les missions des médecins de l'éducation nationale aux termes du code de la santé publique

Référence normative	Texte	Observations
Article L2112-5 Version en vigueur depuis le 22 juin 2000	Le service départemental de protection maternelle et infantile établit une liaison avec le service de santé scolaire, notamment en transmettant au médecin de santé scolaire les dossiers médicaux des enfants suivis à l'école maternelle. Les modalités de cette transmission doivent garantir le respect du secret professionnel. Ces dossiers médicaux sont établis conformément à un modèle fixé par arrêté interministériel et transmis avant l'examen médical pratiqué en application de l'article L. 2325-1.	
Article L2325-2	Comme il est dit à l'article L. 541-2 du code de l'éducation, ci-après reproduit : « Tous les membres du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation, publics ou privés et toutes les personnes se trouvant en contact habituel avec les élèves dans l'enceinte desdits établissements, sont obligatoirement soumis, périodiquement, et au moins tous les deux ans, à un examen médical de dépistage des maladies contagieuses. Ils reçoivent à cette occasion par le médecin scolaire une information concernant les causes, les conséquences et les moyens de traitement et de lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie /.../.	
Chapitre III bis : Maisons de santé. Article L6323-3 En vigueur depuis le 25 décembre 2021	[...] En accord avec les parents ou le représentant légal de l'enfant, le parcours est mis en œuvre en collaboration avec le médecin de l'éducation nationale de l'établissement au sein duquel est scolarisé l'enfant [...]	
Section 5 : Information des personnes âgées d'au moins seize ans en faveur du don d'organes	Les médecins de l'éducation nationale et les médecins de médecine préventive des établissements d'enseignement supérieur apportent leurs concours à l'action d'information des élèves et des étudiants âgés d'au moins seize ans sur le don d'organes à fins de greffe et les modalités de	

<p>Article R1211-51</p> <p>En vigueur depuis le 13 décembre 2021, modifié par Décret n°2021-1627 du 10 décembre 2021 - art. 1</p>	<p>consentement à ce don prévues par les dispositions du titre Ier et du chapitre II du titre III du livre II de la première partie du présent code.</p> <p>Ils mettent en œuvre les modalités d'information prévues au deuxième alinéa de l'article R. 1211-50, vis-à-vis des élèves et étudiants d'au moins seize ans, dans toute circonstance jugée opportune.</p>	
<p>Section 1 : Examens obligatoires.</p> <p>Article R2132-1</p> <p>En vigueur depuis le 21 mai 2021</p> <p>Modifié par Décret n°2021-613 du 18 mai 2021 - art. 1</p>	<p>I.- Le suivi préventif des enfants comprend notamment vingt examens médicaux obligatoires au cours des dix-huit premières années répartis ainsi :1° Quatorze au cours des trois premières années ; 2° Trois de la quatrième à la sixième année ; 3° Trois de la septième à la dix-huitième année.</p> <p>Le calendrier de ces examens est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.</p> <p>II.- Les examens sont faits soit par le médecin traitant de l'enfant soit par un autre médecin choisi par les parents de l'enfant ou par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou les personnes ou services à qui l'enfant a été confié.</p> <p>Avant les six ans de l'enfant, ces examens peuvent être faits par un médecin d'une consultation de protection maternelle et infantile ou par un médecin de l'éducation nationale pour l'examen prévu au quatrième alinéa de l'article L. 541-1 du code de l'éducation.</p> <p>III.- Le contenu des examens mentionnés au I porte sur :</p> <p>1° La surveillance de la croissance staturo-pondérale de l'enfant ;</p> <p>2° La surveillance de son développement physique, psychoaffectif et neuro-développemental ;</p> <p>3° Le dépistage des troubles sensoriels ;</p>	

	<p>4° La pratique ou la vérification des vaccinations ;</p> <p>5° La promotion des comportements et environnements favorables à la santé, en particulier l'activité physique et sportive ;</p> <p>6° Le dépistage d'éventuelles contre-indications à la pratique sportive.</p> <p>Une description détaillée du contenu de ces examens peut figurer dans le carnet de santé mentionné à l'article L. 2132-1.</p> <p>IV.- Les résultats des examens prévus au I sont mentionnés dans le carnet de santé et, le cas échéant, dans le dossier médical partagé de l'enfant prévu à l'article L. 1111-14.</p>	
<p>Article R3111-10</p> <p>Version en vigueur depuis le 27 janvier 2018</p>	<p>Pour les consultations de vaccination autorisées par le conseil départemental en application du deuxième alinéa de l'article R. 3111-4, le président du conseil départemental désigne les médecins chargés des vaccinations et des examens médicaux préalables et les auxiliaires techniques et administratifs, sur proposition du maire en ce qui concerne les auxiliaires administratifs. Les auxiliaires techniques sont choisis parmi le personnel des services sanitaires ou assimilés ; les médecins ou auxiliaires appartenant au service de santé scolaire sont désignés sur avis conforme du chef de service intéressé. /.../</p>	

Tableau 4 : Les missions des médecins de l'éducation nationale aux termes du code du travail

Référence normative	Texte	Observations
Article L4153-8 du code du travail, version en vigueur depuis le 01 mai 2008	Il est interdit d'employer des travailleurs de moins de dix-huit ans à certaines catégories de travaux les exposant à des risques pour leur santé, leur sécurité, leur moralité ou excédant leurs forces. Ces catégories de travaux sont déterminées par voie réglementaire.	
<p>Autorisation annuelle de dérogation pour les jeunes en formation professionnelle (Articles R4153-38 à R4153-45)</p> <p>Article R4153-40</p> <p>Décret n° 2013-914 du 11 octobre 2013 modifié relatif à la procédure de dérogation prévue à l'article L. 4153-9 du code du travail pour les jeunes âgés de moins de dix-huit ans</p>	<p>L'employeur ou le responsable de l'établissement mentionné à l'article L. 4111-1 et le chef d'établissement mentionné aux articles R. 4153-38 et R. 4153-39 peuvent, pour une durée de trois ans à compter de l'envoi de la déclaration prévue à l'article R. 4153-41, affecter des jeunes aux travaux interdits susceptibles de dérogation mentionnés à la section 2 du présent chapitre, sous réserve de satisfaire aux conditions suivantes :</p> <p>1° Avoir procédé à l'évaluation prévue aux articles L. 4121-3 et suivants, comprenant une évaluation des risques existants pour les jeunes et liés à leur travail ; cette évaluation est préalable à l'affectation des jeunes à leurs postes de travail ;</p> <p>2° Avoir, à la suite de cette évaluation, mis en œuvre les actions de prévention prévues au deuxième alinéa de l'article L. 4121-3 ;</p> <p>3° Avant toute affectation du jeune à ces travaux : /.../</p> <p>5° Avoir obtenu, pour chaque jeune, la délivrance d'un avis médical d'aptitude.</p> <p>Cet avis médical est délivré chaque année soit par le médecin du travail pour les salariés, soit par le médecin chargé du suivi médical des élèves et des étudiants, des stagiaires de la formation professionnelle ou des jeunes accueillis dans les établissements mentionnés au 4° de l'article R. 4153-39.</p>	<p>NB : Article L4153-8 du code du travail (version en vigueur depuis le 01 mai 2008) : Il est interdit d'employer des travailleurs de moins de dix-huit ans à certaines catégories de travaux les exposant à des risques pour leur santé, leur sécurité, leur moralité ou excédant leurs forces.</p> <p>Ces catégories de travaux sont déterminées par voie réglementaire.</p> <p>Article L4153-9 (version en vigueur depuis le 01 mai 2008) : Par dérogation aux dispositions de l'article L. 4153-8, les travailleurs de moins de dix-huit ans ne peuvent être employés à certaines catégories de travaux mentionnés à ce même article que sous certaines conditions déterminées par voie réglementaire.</p> <p>Article R4153-39 (version en vigueur depuis le 02 mai 2015) : Les dispositions de la présente section s'appliquent aux jeunes âgés d'au moins quinze ans et de moins de dix-huit ans suivants :</p> <p>1° Les apprentis et les titulaires d'un contrat de professionnalisation 2° Les stagiaires de la formation professionnelle ; 3° Les élèves et étudiants préparant</p>

	<p>Tout jeune affecté aux travaux mentionnés au premier alinéa bénéficie du suivi individuel renforcé de son état de santé prévu aux articles R. 4624-22 à R. 4624-28 en application du II de l'article R. 4624-23.</p>	<p>un diplôme professionnel ou technologique ; 4° Les jeunes accueillis dans les établissements suivants : a) Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation prévus au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ; b) Les établissements et services d'aide par le travail mentionnés au 5° du I de cet article ; c) Les centres de pré-orientation mentionnés à l'article R. 5213-2 du code du travail ; d) Les centres d'éducation et de rééducation professionnelle mentionnés à l'article R. 5213-9 du code du travail ; e) Les établissements ou services à caractère expérimental mentionnés au 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ; f) Les établissements ou services gérés, conventionnés ou habilités par les services de la protection judiciaire de la jeunesse.</p> <p>Article R4153-38 (version en vigueur depuis le 14 octobre 2013) : Pour l'application de la présente section, le chef d'établissement est le chef de l'établissement d'enseignement, le directeur du centre de formation d'apprentis ou de l'organisme de formation professionnelle, le directeur de l'établissement ou du service social ou médico-social mentionné au V de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.</p>
<p>Article R4153-39 Modifié par décret n°2015-443 du 17 avril 2015 - art.</p>	<p>Les dispositions de la présente section s'appliquent aux jeunes âgés d'au moins quinze ans et de moins de dix-huit ans suivants :</p> <p>1° Les apprentis et les titulaires d'un contrat de professionnalisation ; 2° Les stagiaires de la formation professionnelle ; 3° Les élèves et étudiants</p>	

<p>2Version en vigueur depuis le 02 mai 2015</p>	<p>préparant un diplôme professionnel ou technologique ; 4° Les jeunes accueillis dans les établissements suivants :</p> <p>a) Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation prévus au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>b) Les établissements et services d'aide par le travail, mentionnés au 5° du I de cet article ;</p> <p>c) Les centres de préorientation mentionnés à l'article R. 5213-2 du code du travail ;</p> <p>d) Les centres d'éducation et de rééducation professionnelle mentionnés à l'article R. 5213-9 du code du travail ;</p> <p>e) Les établissements ou services à caractère expérimental mentionnés au 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>f) Les établissements ou services gérés, conventionnés ou habilités par les services de la protection judiciaire de la jeunesse.</p>	
<p>Article R.4153-40</p>	<p><i>Abstract : le code du travail impose une visite médicale pour les élèves mineurs de 15 ans au moins devant effectuer, par dérogation aux dispositions en vigueur, des travaux dangereux dans le cadre de leur formation professionnelle ou technologique.</i></p>	
<p>Article R4153-41</p> <p>Version en vigueur depuis le 13 février 2021</p>	<p>Préalablement à l'affectation des jeunes aux travaux interdits susceptibles de dérogation mentionnés à la section 2 du présent chapitre, une déclaration de dérogation est adressée par tout moyen conférant date certaine à l'agent de contrôle de l'inspection du travail par l'employeur ou le responsable d'un établissement mentionné à l'article L. 4111-1 ou le chef</p>	

<p>Modifié par Décret n°2021-143 du 10 février 2021 - art. 10</p>	<p>d'un établissement mentionné aux articles R. 4153-38 et R. 4153-39, chacun en ce qui le concerne.</p> <p>Elle précise :1° Le secteur d'activité de l'entreprise ou de l'établissement ; 2° Les formations professionnelles assurées ; 3° Les différents lieux de formation connus ;4° Les travaux interdits susceptibles de dérogation mentionnés à la section 2 du présent chapitre nécessaires à la formation professionnelle et sur lesquels porte la déclaration de dérogation, ainsi que, le cas échéant, les machines mentionnées à l'article D. 4153-28 dont l'utilisation par les jeunes est requise pour effectuer ces travaux et, en cas d'exécution de travaux de maintenance, les travaux en cause et les équipements de travail mentionnés à l'article D. 4153-29 ;5° La qualité ou la fonction de la ou des personnes compétentes chargées d'encadrer les jeunes pendant l'exécution des travaux précités.</p>	
<p>Article R4153-45</p> <p>Version en vigueur depuis le 13 février 2021</p> <p>Modifié par Décret n°2021-143 du 10 février 2021 - art. 10</p>	<p>L'employeur ou le chef d'établissement qui déclare déroger tient à disposition de l'agent de contrôle de l'inspection du travail, à compter de l'affectation de chaque jeune aux travaux en cause, les informations relatives :</p> <p>1° Aux prénoms, nom et date de naissance du jeune ; 2° A la formation professionnelle suivie, à sa durée et aux lieux de formation connus ; 3° A l'avis médical d'aptitude à procéder à ces travaux ; 4° A l'information et la formation à la sécurité prévues aux articles L. 4141-1 à L. 4141-3, dispensées au jeune ; 5° Aux prénoms, nom, et qualité ou fonction de la personne ou des personnes compétentes chargées d'encadrer le jeune pendant l'exécution des travaux en cause.</p>	
<p>Chapitre IV : Enfants dans le spectacle, les professions ambulantes, l'audiovisuel, la publicité et la mode (Articles R7124-1 à R7124-38)</p>	<p><i>(Instruction des autorisations d'employer un mineur de moins de 16 ans)</i></p> <p>L'instruction permet à la commission d'apprécier :</p> <p>1° Si l'activité faisant l'objet de la demande peut, compte tenu de ses difficultés et de sa moralité, être normalement confiée à l'enfant ; 2° Si l'enfant a déjà été ou est actuellement employé dans des activités mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 7124-1 et à quelles conditions ; 3° Si, compte tenu de son âge, de l'obligation scolaire à laquelle il est soumis</p>	<p>NB : Dans cette situation les médecins en charge sont des médecins extérieurs aux établissements scolaires.</p>

Article R7124-5	et de son état de santé, l'enfant est en mesure d'assurer le travail qui lui est proposé. A cet effet, un examen médical pris en charge par l'employeur est réalisé par un pédiatre ou par un médecin généraliste ; /.../	
-----------------	---	--

Tableau 5 : Les missions des médecins de l'éducation nationale aux termes du code du sport

Référence normative	Texte	Observations
<p>Article L231-1 Version en vigueur depuis le 17 avril 2010 - Ordonnance 2006-596 du 23 mai 2006 art. 11 : Les dispositions des titres III et IV du livre II de la partie législative du code du sport entrent en vigueur à la date définie au I de l'article 25 de la loi n° 2006-405 du 5 avril 2006. Cette date est le 1er février 2006.</p>	<p>Les médecins de santé scolaire, les médecins du travail, les médecins militaires et les médecins généralistes contribuent, en liaison avec les médecins spécialisés, aux actions de prévention concernant la pratique des activités physiques et sportives grâce à une formation initiale nécessaire à la pratique des examens médico-sportifs, contenue dans le deuxième cycle des études médicales et grâce à une formation continue adaptée.</p>	

Tableau 6 : Les missions des médecins de l'éducation nationale aux termes du code rural et de la pêche maritime

Référence normative	Texte	Observations
<p>Article R811-130</p> <p>Version en vigueur du 15 mai 1996 au 22 avril 2005 Création Décret n°96-405 du 26 avril 1996 - art. 1 (V)</p>	<p>(Brevet de technicien agricole)</p> <p>Les candidats qui ne peuvent subir l'épreuve pratique d'éducation physique et sportive pour raison de santé en sont dispensés à condition de produire un certificat délivré par un médecin de la santé publique concourant à l'exercice des tâches médico-scolaires.</p> <p>Les candidats mentionnés aux III, IV et V de l'article R. 811-122 peuvent être dispensés, sur leur demande, de l'épreuve pratique d'éducation physique et sportive.</p> <p>Dans ces trois cas, les modalités d'évaluation sont fixées par l'arrêté prévu à l'article R. 811-124.</p>	

ANNEXE 3 : Démographie médicale par départements : nombre d'élèves par médecin scolaire et nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants

[17] La lettre de mission mentionne les difficultés récurrentes auxquelles le dispositif de santé scolaire fait face, *“principalement liées à des enjeux de recrutement, mais aussi à son organisation et à son pilotage”*.

[18] Afin d'apprécier le contexte de ces enjeux au niveau départemental en termes de démographie médicale, cette note met en regard, pour chaque département, le nombre d'élèves par médecin scolaire et la densité médicale des généralistes en activité régulière.

[19] Le rapport relatif aux médecins et personnels de santé scolaire remis en avril 2020 par la Cour des comptes à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale fournit le nombre d'élèves par ETP de médecin à la date de fin novembre 2018. La densité médicale des généralistes en activité régulière pour 100 000 habitants est quant à elle renseignée par l'Ordre national des médecins au moyen d'une carte interactive⁸. Les données disponibles sur ce point datent de 2021 et sont donc légèrement plus récentes que celles utilisées à ce stade concernant le nombre d'élèves par ETP de médecin scolaire, sans que selon toute vraisemblance l'écart altère les caractéristiques essentielles de la situation de chaque département.

[20] Pour mémoire, les constats relatifs à la quantité et à la répartition des médecins scolaires fin 2018 sont analysés ainsi par la Cour :

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

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

⁸https://demographie.medecin.fr/#c=indicator&i=demo_gen_tot.mg_act_regul&i2=demo_med.dens_act_regul_gen_reg&s=2021&s2=2021&view=map10

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

[24] Le rapprochement des données ainsi analysées avec la densité médicale des généralistes en activité régulière dans chaque département montre que **très majoritairement, les deux critères situent les mêmes départements dans des situations relatives analogues.**

[25] Ainsi, parmi les 25 départements relativement les mieux lotis en termes de densité de généralistes, 14 ont également le ratio le moins défavorable de médecins scolaires. A l'inverse, les 9 départements dont l'effectif de médecins scolaires est le plus faible ont aussi la densité la plus basse de médecins généralistes en activité, les trois autres se situant à cet égard dans la tranche immédiatement supérieure.

[26] De façon générale, 42 départements se situent dans la même tranche au regard des deux critères⁹ ; pour 48 autres, les deux critères les situent dans des tranches limitrophes, seuls 10 départements se situent au regard des deux critères dans des tranches disjointes.

[27] Comme l'indique la lettre de mission « *les difficultés plus particulièrement liées à un déficit d'attractivité doivent être replacées dans le contexte actuel plus large de tension que connaissent les métiers de la santé* ». S'agissant des médecins, les déterminants de la présence médicale diffèrent en principe selon que l'on considère les généralistes pris globalement ou la catégorie spécifique de médecins salariés que sont les médecins scolaires ; pour autant, s'agissant du suivi médical des enfants, les niveaux d'inaccessibilité se cumulent généralement, au lieu de se compenser.

[28] Bien entendu l'échelon départemental peut lui-même globaliser des disparités prononcées, par ailleurs une analyse affinée pourrait prendre en compte d'autres critères tels que la pyramide des âges des médecins en activité ou encore la proportion de médecins conventionnés. Mais le panorama départemental dessine, sur fond certes d'une tension générale, des situations fortement contrastées, avec aux extrêmes des départements tels que les Alpes-de-Haute-Provence ou Paris, bénéficiant d'une densité très favorable de généralistes comme de médecins scolaires, et des départements tels que l'Ain, le Cher ou la Seine-et-Marne dans lesquels le nombre d'élèves à prendre en charge par chaque médecin scolaire est plus de cinq fois supérieur et la densité de généralistes en activité jusqu'à plus de deux fois moindre.

[29] La synthèse ci-dessous explicite les catégories distinguées, de la (relativement) plus favorable à la plus critique.

⁹ Ce qui se traduit graphiquement par une ligne de couleur homogène.

Tableau 7 : Explication et synthèse quantitative du tableau de mise en regard

<i>Fourchette</i>	Nombre d'élèves par ETP de médecin, 30/11/2018	Nombre de départements concernés	Densité médicale des généralistes en activité régulière pour 100 000 habitants, 2021	Nombre de départements concernés
Ratios relativement les plus favorables	< 10 000	24	< ou égal 140	25
	>10 000 et < ou égal 20 000	56	>140 et < ou égal 125	24
	>20 000 et < ou égal 30 000	12	> 125 et < ou égal à 90	37
Ratios particulièrement critiques	< ou égal 30 000 ou aucun médecin scolaire	9	< 90	15

Tableau 8 : Mise en regard du nombre d'élèves par ETP de médecins scolaires et de la densité médicale des généralistes en activité régulière pour 100 000 habitants, par départements

<i>Académie/Département</i>	Nombre d'élèves par ETP de médecin, 30/11/2018 ¹⁰	Densité médicale des généralistes en activité régulière pour 100 000 habitants, 2021
Aix-Marseille	10 309	
<i>Alpes-de-Haute-Provence</i>	6 823	140,6
<i>Bouches-du-Rhône</i>	10 077	146,2
<i>Hautes-Alpes</i>	9 640	214
<i>Vaucluse</i>	13 280	125,6
Amiens	12 191	
<i>Aisne</i>	22 293	83,8
<i>Oise</i>	14 348	89,1
<i>Somme</i>	7 222	143,3
Besançon	14 319	
<i>Doubs</i>	13 424	138,7
<i>Haute-Saône</i>	16 001	111,4
<i>Jura</i>	11 801	126,5
<i>Territoire de Belfort</i>	26 312	126,2

¹⁰ Champ constitutif de cette colonne : Élèves du 1er et du 2nd degré public et privé. Les élèves pris en charges par les villes délégataires ne sont pas pris en compte. Calcul Cour des comptes d'après données du MENJ (DEPP).

Bordeaux	13 678	
Dordogne	99 370	106,6
Gironde	11 703	153,1
Landes	15 148	139,1
Lot-et-Garonne	14 183	99,3
Pyrénées-Atlantiques	12 024	160
Caen	10 053	
Calvados	9 536	136,4
Manche	11 194	110,9
Orne	9 680	99,1
Clermont-Ferrand	12 825	
Allier	11 853	105,2
Cantal	20 198	129,5
Haute-Loire	23 200	127,5
Puy-de-Dôme	10 752	133,9
Corse	11 896	
Corse-du-Sud	7 454	136
Haute-Corse	25 219	118,8
Créteil	21 168	
Seine-et-Marne	30 182	81,9
Seine-Saint-Denis	15 893	89,4
Val-de-Marne	23 528	105
Dijon	11 562	
Côte-d'Or	9 706	136,8
Nièvre	16 338	98
Saône-et-Loire	9 054	107
Yonne	27 269	88,4
Grenoble	12 155	
Ardèche	30 484	99,5
Drôme	13 886	118,6
Haute-Savoie	14 095	130,2
Isère	10 297	131,9
Savoie	9 012	168,7
Guadeloupe	8 384	124,8
Guyane	16 230	132,1
La Réunion	7 793	137,3
Lille	11 849	
Nord	10 328	135,8
Pas-de-Calais	16 246	113,1
Limoges	19 073	
Corrèze	37 074	116,8
Creuse	15 220	113,2

Haute-Vienne	15 350	158,6
Lyon	15 141	
Ain	32 729	87,5
Loire	16 500	136,3
Rhône	12 233	149
Martinique	8 823	127,9
Mayotte	Aucun médecin scolaire	47,2
Montpellier	11 225	
Aude	12 645	117,9
Gard	13 053	
Hérault	10 972	143,4
Lozère	25 830	109,7
Pyrénées-Orientales	8 342	141,5
Nancy-Metz	14 578	
Meurthe-et-Moselle	10 990	142
Meuse	12 176	106,9
Moselle	18 643	108,6
Vosges	16 699	119,4
Nantes	12 731	
Loire-Atlantique	11 546	138,3
Maine-et-Loire	12 107	134
Mayenne	31 775	89,7
Sarthe	14 989	89,4
Vendée	11 232	104,2
Nice	10 424	
Alpes-Maritimes	9 431	142,4
Var	11 700	129,6
Orléans-Tours	21 920	
Cher	47 753	85,3
Eure-et-Loir	21 773	79,6
Indre	Aucun médecin scolaire	87,9
Indre-et-Loire	15 191	134,4
Loiret	24 911	86,7
Loir-et-Cher	14 707	96,2
Paris	8 882	182,3
Poitiers	9 476	
Charente	9 247	106,7
Charente-Maritime	9 373	143,5
Deux-Sèvres	11 098	110,4
Vienne	8 659	133,3
Reims	15 117	
Ardennes	22 494	115,7

Aube	19 784	94,3
Haute-Marne	15 924	109,5
Marne	11 706	128,5
Rennes	10 689	
Côtes-d'Armor	9 021	112,5
Finistère	7 902	148,1
Ille-et-Vilaine	14 211	133,7
Morbihan	12 866	138,8
Rouen	17 444	
Eure	19 220	82,5
Seine-Maritime	16 683	119,6
Strasbourg	9 690	
Bas-Rhin	9 109	140,7
Haut-Rhin	10 536	112,8
Toulouse	10 742	
Ariège	12 190	130,5
Aveyron	8 965	109,5
Gers	29 443	107
Haute-Garonne	9 925	140,6
Hautes-Pyrénées	18 284	156
Lot	6 464	125,8
Tarn	10 458	117
Tarn-et-Garonne	13 478	107,2
Versailles	12 596	
Essonne	13 058	94,1
Hauts-de-Seine	10 655	121,8
Val-d'Oise	14 920	86,1
Yvelines	12 625	92,1

Source : Rapport 2020 de la Cour des comptes, annexe 12 (colonne 2) et Conseil national des médecins, cartographie interactive, densité médicale des généralistes en activité régulière pour 100 000 habitants, exploitation par la mission (colonne 3)

ANNEXE 4 : Les personnels de santé et d'accompagnement social : effectifs et cadre d'intervention

SOMMAIRE

1	PERSONNELS DE SANTE ET D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL AU SEIN DE L'EDUCATION NATIONALE : TYPOLOGIE ET CADRE D'INTERVENTION	54
1.1	TYPLOGIE DES PERSONNELS CONSIDERES	54
1.2	UN CADRE D'INTERVENTION PEU STRUCTURE	57
1.2.1	<i>L'absence de service de santé scolaire.....</i>	<i>57</i>
1.2.2	<i>La juxtaposition de hiérarchies et de secteurs d'intervention hétérogènes.....</i>	<i>59</i>
1.3.	UN CADRE BUDGETAIRE ECLATE ENTRE DIFFERENTS PROGRAMMES	62
2	PERSONNELS DE SANTE ET D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL AU SEIN DE L'EDUCATION NATIONALE : EFFECTIFS	64
2.1	PERSONNELS DE SANTE AU SEIN DE L'EDUCATION NATIONALE : LES MEDECINS, EFFECTIFS	64
2.2	PERSONNELS DE SANTE AU SEIN DE L'EDUCATION NATIONALE : LES INFIRMIERS, EFFECTIFS.....	67
2.3	PERSONNELS ASSIMILABLES A DES PERSONNELS DE SANTE AU SEIN DE L'EDUCATION NATIONALE : LES PSYCHOLOGUES DE L'EDUCATION NATIONALE EXERÇANT EN PREMIER DEGRE, EFFECTIFS.....	70
2.4	LES ASSISTANTS DE SERVICE SOCIAL, EFFECTIFS	71
2.5	LES SECRETAIRES MEDICO-SCOLAIRES : EFFECTIFS	71
3	PERSONNELS DE SANTE ET D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL AU SEIN DE L'EDUCATION NATIONALE : DE TRES FORTES INEGALITES NOTAMMENT TERRITORIALES	71
3.1	MEDECINS : UN EFFECTIF CIBLE QUI N'EST PLUS ATTEINT NULLE PART, DES INEGALITES TERRITORIALES EXTREMES	71
3.2	INFIRMIERS : DE FORTS ECARTS INTERDEPARTEMENTAUX ET DE FORTS ECARTS DE RESSOURCES ENTRE LES DIFFERENTS NIVEAUX DE SCOLARISATION	76
3.3	ASSISTANTS DE SERVICE SOCIAL : DES INTERVENTIONS LIMITEES A UNE PARTIE DES TERRITOIRES ET ETABLISSEMENTS.....	87
3.4	LES MEDECINS ET INFIRMIERS CONSEILLERS TECHNIQUES : POUR LES MEDECINS, DES EMPLOIS NON POURVUS DANS LES TROIS QUARTS DES ACADEMIES.....	94

1 Personnels de santé et d'accompagnement social au sein de l'Éducation nationale : typologie et cadre d'intervention

1.1 Typologie des personnels considérés

[30] Les personnels identifiés comme "personnels de santé" au sein de l'éducation nationale sont exclusivement les médecins et infirmiers¹¹ ; s'y ajoutent les assistants de service social au titre de l'accompagnement social, et, à la marge au regard des effectifs considérés, des secrétaires médico-scolaires (*cf. infra*). Le corps des médecins de l'éducation nationale est régi par le décret n° 91-1195 du 27 novembre 1991¹². Le corps des infirmiers de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur est régi par le décret n° 2012 -762 du 9 mai 2012 portant dispositions statutaires communes aux corps d'infirmiers de catégorie A des administrations de l'Etat. Le corps des assistants de service social est régi par le décret n° 2012-1098 du 28 septembre 2012 modifié portant statut particulier du corps interministériel des assistants de service social des administrations de l'Etat ; dans l'éducation nationale, la mission de ces personnels est précisée par la circulaire MENESR - DGESCO B3-1 n° 2017-055 du 22-3-2017.

[31] La « filière santé et sociale » qui apparaît dans le bilan social du ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse regroupe les médecins de l'éducation nationale, les médecins de l'éducation nationale occupant l'emploi fonctionnel de conseiller technique, les infirmiers de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur, corps de catégorie A, les infirmiers du ministère de l'éducation nationale, corps de catégorie B, les conseillers techniques de service social et les assistants de service social.

[32] L'éducation nationale emploie aussi des « psychologues scolaires », constitués en un corps unique par le décret n° 2017-120 du 1er février 2017. Aux termes du code de la santé publique, les psychologues ne font partie ni des professions médicales¹³, ni des professions d'auxiliaires médicaux¹⁴ dont relèvent notamment les infirmiers¹⁵ ; il s'agit d'une profession réglementée notamment par l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 et le décret n° 90-255 du

¹¹ Cf. notamment présentation annuelle du programme 230 dans les projets annuels de performance successifs.

¹² Parallèlement pour partie à l'évolution des rattachements institutionnels de la santé scolaire (*cf. annexe 1*), le statut des personnels concernés et particulièrement celui des médecins a lui aussi fluctué. Un décret n°64-782 du 30 juillet 1964 avait regroupé les services sanitaires et sociaux et le service de santé scolaire au ministère de la santé, avec la création d'un nouveau corps de médecins fonctionnaires intégrant les médecins scolaires, comme les médecins inspecteurs de santé. A l'inverse, un corps spécifique de médecins de l'éducation nationale placé sous l'autorité du ministre de l'éducation nationale a été institué par décret le 27 novembre 1991.

¹³ Art. L4111-1 à L4163-10 CSP.

¹⁴ Art. L4311-1 à L4394-4 CSP.

¹⁵ Les psychologues constituent une profession assimilée à la santé qui ne bénéficie pas du titre de profession de la santé mais dont les membres sont enregistrés depuis 2012 au répertoire ADELI, où ils sont identifiés par numéro d'exercice au niveau de chaque département. Dans les expérimentations de la CNAM et de la DGS, sont inclus en tant que cliniciens les psychologues ayant un master 2 agréé par l'ARS du lieu d'exercice et présents dans le fichier ADELI (« *Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution* », IGAS N°2019-002R octobre 2019).

22 mars 1990¹⁶. Si la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 prévoit que l'usage du titre de psychologues est réservé aux « *titulaires d'un diplôme, certificat ou titre sanctionnant une formation universitaire fondamentale et appliquée de haut niveau en psychologie* », le décret n°90-255 du 22 mars 1990 dispose qu'outre les masters mention psychologie, sont concernés entre autres les diplômes d'Etat de psychologie scolaire et de conseiller d'orientation-psychologue.

[33] Le corps unifié des psychologues scolaires est en réalité hétérogène : il rassemble sous ce statut d'anciens professeurs des écoles chargés des fonctions de psychologues scolaires du premier degré, et des conseillers d'orientation-psychologues exerçant dans le second degré. Si les nouveaux recrutés depuis 2017 ont une formation de master 2 à laquelle s'ajoute une année de formation professionnalisante¹⁷, ce n'est pas le cas des anciens professeurs des écoles qui n'ont pas reçu de formation spécifique. L'appellation générique de psychologues scolaires regroupe donc :

- D'une part, des psychologues formés, d'autre part, d'anciens enseignants faisant fonction ;
- Deux types très différents d'affectation, soit en tant que psychologues dans le premier degré, soit en tant que conseillers d'orientation dans le second degré.

[34] Les affectations dans l'une ou l'autre fonction ne sont pas effectuées en prenant particulièrement en compte le critère de la formation initiale. Quoi qu'il en soit, il semble fonctionnellement pertinent de considérer que relèvent pour l'essentiel d'un métier assimilable aux métiers de santé les psychologues scolaires exerçant dans le premier degré, au contraire de ceux chargés de fonctions d'orientation dans le second degré. Budgétairement (*cf. infra*), l'éducation nationale affecte uniformément les deux branches à la « vie scolaire », non à la santé¹⁸.

[35] Les assistants de service social, qui relèvent depuis le 1er février 2019 d'un corps de catégorie A, sont investis de missions définies par le décret n° 2017-1051 du 10 mai 2017 portant statut particulier du corps interministériel des assistants de service social des administrations de l'État. Ces missions leur confèrent *a minima* un rôle utile aux côtés des personnels de santé scolaire. En effet¹⁹ « *les assistants de service social mettent en œuvre des actions visant à aider les agents, les personnes et les familles connaissant des difficultés sociales ou socioprofessionnelles, en*

¹⁶ Ainsi que par des textes spécifiques, tels que le décret n°91-129 du 31 janvier 1991 portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière.

¹⁷ Décret n° 2017-120 du 1er février 2017 portant dispositions statutaires relatives aux psychologues de l'éducation nationale : « *Pendant une année scolaire, ils suivent une formation en tant que fonctionnaire stagiaire, rythmée par un stage en réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased) et en école ou en centre d'information et d'orientation (CIO) selon la spécialité choisie, et par des cours dispensés à l'université dans les départements en charge de la formation des psychologues de l'Éducation nationale, en lien avec les instituts nationaux supérieurs du professorat et de l'éducation (Inspé). Ils bénéficient ainsi d'un temps de formation commun en Inspé avec les stagiaires du master "Métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation" (MEEF) afin de partager la culture du système éducatif avec leurs homologues des autres métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation* ».

¹⁸ Ministère de l'éducation nationale, bilan social 2021 : « *Les personnels d'éducation regroupent les conseillers principaux d'éducation, les psychologues de l'éducation nationale, les conseillers d'orientation psychologue et les personnels d'éducation non titulaires* ». (Source : DEPP-MENJS, Panel des personnels issus de BSA, novembre 2020).

¹⁹ Décret n° 2017-1051, art. 3.

*recherchant les causes qui compromettent leur **équilibre psychologique**, économique ou social et en menant toutes actions susceptibles de prévenir et de remédier à ces difficultés. Ces actions prennent la forme d'un accompagnement individuel ou d'interventions collectives. Ils exercent leur activité en relation avec les intervenants du secteur social **et médico-social**, du secteur éducatif, du secteur de l'emploi **et du secteur de la santé** /.../ ».*

[36] S'agissant de l'éducation nationale, une circulaire du 22 mars 2017²⁰ précise ce que sont les missions du service social en faveur des élèves, qui « met en œuvre la politique éducative sociale et de santé du ministère chargé de l'éducation nationale. Dans ce cadre, les assistants(es) de service social assurent un suivi des élèves dans le cadre de la protection de l'enfance en lien avec les services de l'aide sociale à l'enfance (la cellule en charge du recueil des informations préoccupantes - CRIP -) et les services judiciaires. » Les assistants de service social interviennent dans des secteurs comprenant un ou plusieurs établissements. Entre autres missions, ils participent, « avec les personnels de santé, sous la responsabilité du chef d'établissement, à la mise en place de cellules d'écoute en cas d'événements traumatiques, suivant le protocole défini préalablement au niveau départemental. » En tout, la circulaire cite expressément treize fois le terme de santé, soulignant s'il en était besoin le lien étroit, pour une partie des élèves au moins, entre la santé scolaire et l'accompagnement social. Le projet de loi ayant abouti à la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État faisait figurer, à l'article envisageant de décentraliser vers les départements les services de santé scolaire, les assistantes sociales parmi les personnels concernés²¹.

[37] Les secrétaires médico-scolaires sont affectés aux DSDEN, ils ont très majoritairement le statut de secrétaire administratif de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur (catégorie C) recrutés par voie de concours (externe et interne) ou par la voie contractuelle pour les bénéficiaires de l'obligation d'emploi. Ils travaillent, en principe en binôme avec les médecins scolaires, au sein des centres médico-scolaires (CMS) eux-mêmes organisés en principe autour de ce binôme. En pratique les configurations subsistantes sont beaucoup plus diverses, certains CMS n'accueillent plus que des secrétaires tandis que d'autres, où travaille encore un médecin, sont au contraire dépourvus de secrétariat.

[38] Au chapitre de l'accompagnement social et éducatif, il importe de mentionner les accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH), dont le statut a été créé par la loi de finances 2013-1278 du 29 décembre 2013²². Ayant pour mission d'aider à la scolarisation d'élèves en situation de handicap, ils représentent un effectif de 119 505 personnes physiques en novembre 2021²³. En fonction de la notification de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) au sein des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), l'AESH peut accompagner les élèves selon trois modes d'intervention : un accompagnement individuel pour un ou plusieurs élèves ; un accompagnement mutualisé pour plusieurs élèves simultanément ; un accompagnement collectif dans le cadre d'une unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS). Les AESH sont rattachés, au sein de l'éducation nationale, à un

²⁰ Circulaire n° 2017-055 du 22-3-2017, MENESR - DGESCO B3-1.

²¹ Source : rapport d'information sur la médecine scolaire, déposé par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques et présenté par Gérard Gaudron et Martine Pinville, députés, Assemblée nationale 17 novembre 2011.

²² Le décret 2021-1106 du 23 août 2021 a par ailleurs récemment modifié les modalités de leur rémunération.

²³ Données de DGRH, MENJ.

pôle inclusif d'enseignement localisé (PIAL), ces pôles correspondant au secteur géographique de la circonscription.

[39] Globalement, au-delà des actuelles catégories de gestion, ce panorama suggère de retenir, au chapitre des personnels de santé : les médecins, les infirmiers, les psychologues exerçant en tant que tels, en l'occurrence dans le premier degré, et les secrétaires médico-scolaires ; au chapitre des personnels d'accompagnement social ou social et éducatif, les assistants de service social et les AESH. Le rôle dévolu aux assistants de service social notamment souligne l'utilité, pour une partie des missions au moins, de liens et articulations entre les deux groupes.

1.2 Un cadre d'intervention peu structuré

1.2.1 L'absence de service de santé scolaire

[40] Au niveau universitaire, la médecine préventive et de promotion de la santé est organisée en services, chacun d'entre eux dirigé par un médecin (art. D714-24 du code de l'éducation). Il en va de même de la protection maternelle et infantile structurée, dans chaque département, en un service dont la responsabilité incombe légalement²⁴ à un médecin (cf. notamment art. L2112-6 du code de la santé publique). Au contraire, la santé scolaire dans l'éducation nationale n'est pas organisée en services par des dispositions analogues.

[41] La notion de service n'apparaît en la matière dans le cadre normatif que *via* le titre II du décret n°91-1195 du 27 novembre 1991 modifié portant dispositions statutaires applicables au corps des médecins de l'éducation nationale et à l'emploi de médecin de l'éducation nationale conseiller technique : son article 31-1 instauré par le décret n°2012-899 du 20 juillet 2012 charge le conseiller technique responsable départemental, placé auprès du directeur académique des services de l'éducation nationale, « *d'appliquer dans le département la politique du ministre dans le domaine de la santé scolaire* » et, à cet effet, de définir et coordonner « *les différentes actions à caractère médical et sanitaire menées par les médecins de l'éducation nationale* ». Le conseiller technique responsable départemental « *organise les activités et participe à la planification des moyens propres du service de la santé scolaire* ».

[42] Cette occurrence sauf erreur unique, dans le corpus normatif en vigueur, de l'expression « *service de la santé scolaire* » ne conduit pas le médecin responsable départemental à assurer l'encadrement technique de l'ensemble des personnels de santé ou contribuant aux actions sanitaires, mais uniquement celui des actions menées par les médecins de l'éducation nationale. La formulation du décret est ambiguë en ce qu'elle semble le charger pleinement « *d'organiser les activités du service* » ; elle le fait pourtant sans lui conférer d'autorité sur les personnels infirmiers - non plus, *stricto sensu*, que sur les médecins eux-mêmes. Par ailleurs le médecin responsable départemental ne fait, aux termes du décret, que « *participer à* » la planification des moyens propres du service de la santé scolaire.

[43] Au niveau des circulaires, la notion de service de santé scolaire avait été explicitement posée par la circulaire n° 91 148 du 24 juin 1991, intitulée « *Mission et fonctionnement du service de*

²⁴ Dans certains des départements visités, le chef de service n'est pas médecin mais, par exemple, ancien cadre infirmier.

promotion de la santé en faveur des élèves »²⁵. Encore cette circulaire affirme-t-elle en fait l'existence d'une dualité de services : le service médical et le service infirmier²⁶. Puis la notion même de service a été abandonnée par la circulaire du 12 janvier 2001 qui affirme en lieu et place l'association des familles, « *premières responsables de la santé des élèves* », l'implication de toute la communauté éducative dans la politique de santé, et l'importance des partenariats extérieurs qui doivent être développés dans le cadre des projets d'éducation à la santé. Le rapport 2017 de l'académie de médecine souligne qu'il « *n'existe pas d'équipe de « santé scolaire* » *stricto sensu organisée autour des enfants et des adolescents, donnant souvent au médecin une impression de solitude ou d'abandon* ».

[44] L'absence de service induit l'absence de chef de service. D'une part, aucun médecin n'organise ou ne supervise le travail des infirmiers. D'autre part, les médecins conseillers techniques auprès des recteurs ou au niveau départemental ne sont pas les supérieurs hiérarchiques des médecins de l'académie ; il en va de même des infirmiers conseillers techniques, qui ne sont pas les supérieurs hiérarchiques des infirmiers de santé scolaire. Leurs missions, définies par la circulaire 2015-119 du 10 novembre 2015 relative aux missions des infirmiers-ières de l'éducation nationale, sont essentiellement des missions de conseil même s'ils sont également chargés de mettre en œuvre les orientations définies par le recteur. Au surplus, une partie notable des postes de médecins conseillers techniques et d'infirmiers conseillers techniques sont vacants, ce qui accentue encore l'absence de structuration : pour 180 postes théoriques de médecins conseillers techniques²⁷, au 1er octobre 2022, seuls 81 médecins occupaient ces emplois fonctionnels²⁸, représentant au total 71,3 ETP²⁹.

[45] Corrélativement à l'absence d'organisation en services, le socle normatif ne comporte pratiquement aucune disposition articulant les unes avec les autres les missions des différents professionnels de santé, des professionnels de l'accompagnement social ou encore l'articulation les unes avec les autres des différents membres de la communauté éducative dans leur volet

²⁵ Réponse ministérielle à la question écrite n° 26442, 29 juin 2000, posée par le sénateur Jacques Mahéas : « *Dès la rentrée scolaire de septembre, la circulaire n° 91-148 du 24 juin 1991 sur les missions et le fonctionnement du service de santé scolaire devenu service de promotion de la santé en faveur des élèves entrera en application. Le nouveau service réunit dans une même organisation tous les professionnels du service : médecins, infirmières, secrétaires, quel que soit leur département ministériel d'origine et quelle que soit leur organisation antérieure. Le nouveau service s'inscrit dans l'organisation qui est celle de l'éducation nationale, ministère - rectorat - inspection académique. La politique de santé, les actions de santé seront définies et mises en œuvre selon les compétences dévolues à chacun des niveaux de responsabilité. Cette réorganisation devrait apporter des solutions aux difficultés soulignées dans le rapport du Conseil économique et social de juin 1990 et contribuer à créer les conditions du développement d'une véritable politique de prévention, de promotion de la santé et de l'action sociale en faveur des élèves.* » Publication au JO : Sénat du 24 octobre 1991

²⁶ « *La mise en œuvre des actions de santé en faveur des élèves est assurée, en collaboration avec les secrétaires médico-scolaires, par deux services : le service médical et le service infirmier, placés respectivement sous la responsabilité d'un médecin et d'une infirmière relevant directement de l'autorité de l'inspecteur d'académie, auquel ils apportent leur conseil et leur collaboration technique* » (Circulaire n° 91-148 du 24 juin 1991, extrait).

²⁷ Arrêté du 3 septembre 2012 fixant le nombre des emplois de médecin de l'éducation nationale-conseiller technique, pris par le ministre de l'éducation nationale, la ministre de la réforme de l'Etat, de la décentralisation et de la fonction publique et le ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget.

²⁸ Données annuaires SIRH.

²⁹ DGRH ETP filières santé sociale MENJ au 1 octobre 2022 - Source : POLCA 2021 et 2022.

sanitaire affirmé par le socle normatif et les présentations budgétaires³⁰. Il en résulte une organisation souvent décidée, en pratique, au cas par cas par les personnels concernés.

1.2.2 La juxtaposition de hiérarchies et de secteurs d'intervention hétérogènes

[46] Les médecins de l'éducation nationale exercent dans des secteurs regroupant écoles, collèges et lycées placés sous l'autorité de l'inspecteur d'académie, directeur académique des services de l'éducation nationale (IA-DASEN)³¹. Les infirmiers de leur côté exercent dans un ou plusieurs établissements publics locaux d'enseignement (EPL), par ailleurs ils « peuvent intervenir en école » ; ils sont placés sous l'autorité du principal de leur collège ou du proviseur de leur lycée d'affectation³². Les secteurs d'intervention des assistants de services sociaux, placés sous l'autorité du DASEN, regroupent collèges et lycées, ainsi que les *“écoles situées dans les réseaux d'éducation prioritaire qui rencontrent les plus importantes difficultés sociales (REP+), prioritairement en cycle 3”*³³. Les psychologues scolaires de l'une et l'autre spécialité ont par ailleurs un rattachement spécifique, distinct de celui des autres intervenants.

[47] Cette dispersion entrave par nature la constitution d'équipes, et complexifie fortement les coordinations de terrain, aléatoires dans ces conditions. Au surplus, et comme indiqué par le rapport précité de l'académie de médecine, les rapports hiérarchiques sont différents pour les médecins, les infirmières, les assistantes sociales et les psychologues.

³⁰ Cf. annexe 2, Médecine scolaire, missions : cadre normatif.

³¹ Circulaire n° 2015-118 du 10 novembre 2015.

³² Circulaire n° 2015-119 du 10 novembre 2015.

³³ Circulaire MENESR - DGESCO B3-1 n° 2017-055 du 22-3-2017.

Tableau 9 : Hiérarchies et secteurs d'intervention des personnels de santé et d'accompagnement social

	Médecins	Infirmiers	Psychologues		Assistants de services sociaux	Secrétaires médicaux
			Spécialité éducation, développement et apprentissages (dite EDA)	Spécialité éducation et orientation scolaire professionnelle (dite EDO) ³⁴		
Affectation	Rectorat Direction départementale des services de l'éducation nationale	Établissement public local d'enseignement (EPL) : lycée général et technologique, lycée professionnel, collège	Réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté	Centre d'information d'orientation	Rectorat Direction départementale des services de l'éducation nationale	Centres médico-scolaires
Zone d'exercice géographique / par types d'établissements	Secteur regroupant écoles, collèges et lycées (cf. notamment circulaire n° 2015-118 du 10 novembre 2015)	Un ou plusieurs EPLE, et écoles : l'infirmier de l'éducation nationale exerce dans un EPLE et « peut intervenir en école » (circulaire n° 2015-119 du 10 novembre 2015)	Circonscription 1 ^{er} degré ou un ensemble de ses écoles (« antenne de réseau ». Parfois inter degré : collèges et écoles du secteur de rattachement.	Établissement public local d'enseignement (lycée général et technologique, lycée professionnel, collège).	Secteur regroupant des collèges et lycées	Communes ou regroupements de communes
					En pratique, limitation au second degré (=> les écoles ne sont pas couvertes sauf	

³⁴ Pour mémoire car cette activité ne relève pas de la santé ou de l'accompagnement social.

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

					exception). Par ailleurs, la circulaire du 22 mars 2017 vise à limiter l'intervention des personnels sociaux aux écoles situées en REP+, prioritairement en cycle 3	
Hiérarchie	Recteur Directeur académique des services de l'éducation nationale	Principal du collège ou proviseur du lycée	Inspecteur de l'éducation nationale (1 ^{er} degré)	<i>Inspecteur de l'éducation nationale chargé de l'information et de l'orientation (IEN-IO)</i> <i>Directeur de centre d'information et d'orientation</i>	Directeur académique des services de l'éducation nationale	Recteur
Autorité fonctionnelle	Médecins Conseillers techniques		Inspecteur de l'éducation nationale (1 ^{er} degré)	<i>Directeur du centre d'information et d'orientation</i>	Conseillers techniques	Médecin scolaire

Source : Mission

[48] A l'hétérogénéité des hiérarchies et des secteurs d'intervention s'ajoute même une disparité d'organisation des plages de travail : aux termes de la circulaire relative au temps de travail³⁵, le travail est réparti sur une période de 36 semaines d'activité - ce qui correspond au nombre de semaines de cours dans le temps scolaire – pour les personnels infirmiers et de 38 semaines d'activité pour les médecins et personnels sociaux.

1.3. Un cadre budgétaire éclaté entre différents programmes

[49] L'absence d'unité du cadre budgétaire a été mentionnée en 2020 par la Cour des comptes, qui avait souligné la nécessité d'y remédier : « *Les crédits des personnels de santé scolaire sont répartis entre plusieurs programmes budgétaires de la mission interministérielle enseignement scolaire : ceux qui concernent les médecins, personnels infirmiers et assistants de service social relèvent du programme budgétaire 230 (Vie de l'élève) alors que ceux des psychologues de l'éducation nationale sont inscrits dans des programmes finançant les deux degrés d'enseignement : programmes budgétaires 140 (Enseignement scolaire public du premier degré) et 141 (Enseignement scolaire public du second degré).* »

[50] La dispersion du cadre budgétaire de la « filière santé et social » perdure cependant et concerne non seulement les programmes 230 et 140-141, mais aussi le programme 214 « Soutien de la politique de l'éducation nationale », bien que l'énoncé des catégories d'emploi incluses dans ce programme ne le fasse pas apparaître³⁶ :

³⁵ Circulaire n° 2002-007 du 21 janvier 2002 : obligations de service des personnels IATOSS et d'encadrement, exerçant dans les services déconcentrés ou établissements relevant du MEN

³⁶ Selon l'explicitation littérale fournie au PLF, ce programme « *regroupe la masse salariale des personnels titulaires, stagiaires, contractuels ou vacataires intervenant dans les services centraux et académiques de l'éducation nationale (rectorats, directions des services départementaux) au titre de l'enseignement scolaire et de la jeunesse et des sports, parmi lesquels, aux côtés des personnels administratifs, personnels techniques, ouvriers et de service et des personnels chargés du pilotage et de la mise en œuvre des politiques du sport, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative, les « autres personnels, notamment d'inspection, de direction, d'information et d'orientation ou médico-sociaux* ».

Tableau 10 : PLF 2022, programme 214, emplois rémunérés par le programme :

(en ETPT)

Catégorie d'emplois	Plafond autorisé pour 2021	Effet des mesures de périmètre pour 2022	Effet des mesures de transfert pour 2022	Effet des corrections techniques pour 2022	Impact des schémas d'emplois pour 2022	dont extension en année pleine des schémas d'emplois 2021 sur 2022	dont impact des schémas d'emplois 2022 sur 2022	Plafond demandé pour 2022
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5) = 6-1-2-3-4			(6)
Enseignants du 1er degré	37,00	0,00	0,00	-29,00	0,00	0,00	0,00	8,00
Enseignants du 2nd degré	172,00	0,00	0,00	-86,00	0,00	0,00	0,00	86,00
Enseignants chercheurs et assimilés	4,00	0,00	0,00	-4,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Personnels d'accompagnement et de suivi des élèves et étudiants	884,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	884,00
Personnels d'encadrement	1 958,00	0,00	+5,00	+46,00	0,00	0,00	0,00	2 009,00
Personnels administratif, technique et de service	24 547,00	0,00	+24,00	+74,00	-10,00	0,00	-10,00	24 635,00
Personnels de la jeunesse et des sports	1 151,00	0,00	-55,00	0,00	+80,00	0,00	+80,00	1 176,00
Total	28 753,00	0,00	-26,00	+1,00	+70,00	0,00	+70,00	28 798,00

[51] En matière sanitaire et médico-sociale, le programme 214 accueille, parmi les « personnels d'encadrement ou assimilés », les médecins et infirmiers conseils auprès des recteurs et DASEN, ainsi que les assistants de service social conseils ou coordinateurs de bassin (331 assistants de service social dans ces fonctions en tout).

[52] Au-delà de la rémunération des personnels, d'autres moyens de santé sont rattachés à divers programmes ; ainsi le financement des visites médicales devant être effectuées pour les élèves mineurs de 15 ans au moins devant effectuer des travaux dangereux dans le cadre de leur formation professionnelle ou technologique (art. R.4153-40 du code du travail) relève-t-il pour ce qui est de l'enseignement agricole du programme 143, qui comporte une action « aide sociale aux élèves et santé scolaire (enseignement public et privé) » ; ce programme accueille également les crédits relatifs à l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap relevant des établissements concernés. Le tableau ci-dessous indique le rattachement budgétaire des personnels de santé et d'accompagnement social :

Tableau 11 : Rattachement budgétaire des personnels de santé et d'accompagnement social

Programme budgétaire	Médecins	Infirmiers	Psychologues EDA	Assistants de services sociaux	Secrétaires médicaux
Personnels de secteur	230	230	140	230	214
Conseillers techniques	214	214	-	214	-

Source : Mission

[53] Le programme 230 « Vie de l'élève » qui, s'agissant de l'enseignement primaire et secondaire, est le seul qui mentionne explicitement la santé parmi ses objectifs³⁷, ne centralise donc pas pour autant la totalité des effectifs dédiés à la santé scolaire, *a fortiori* à la globalité de la santé et de l'accompagnement social ; cela nuit à la lisibilité budgétaire.

[54] Ce programme comporte en outre selon toutes apparences les effectifs d'infirmiers en poste non dans l'enseignement primaire et secondaire, mais dans le supérieur, qui devraient donc relever du programme 231 « Vie étudiante ». Le programme 231 comporte des objectifs sanitaires alors que les dépenses de personnel y sont nulles. La DGEESCO est responsable des deux programmes 230 et 231 ; interrogée sur la répartition correspondante des effectifs, elle n'a pas apporté de réponse. Les données fournies par la DGRH pour l'année scolaire 2021-2022 indiquent cependant que pour cet exercice, parmi les 7733 infirmiers titulaires en activité, 7508 l'étaient dans l'enseignement scolaire, à temps plein ou partiel, 225 l'étaient dans l'enseignement supérieur, également à temps plein ou partiel (*cf. infra*).

2 Personnels de santé et d'accompagnement social au sein de l'Education nationale : effectifs

2.1 Personnels de santé au sein de l'Education nationale : les médecins, effectifs

[55] Les effectifs de médecins de l'éducation nationale, hors médecins conseils, s'établissent selon les données publiées dans les annexes budgétaires à 843 personnes physiques pour l'année scolaire 2021-2022³⁸, ce qui représente 818,59 ETP au 31 octobre 2022 selon la direction générale des ressources humaines du ministère de l'éducation nationale (DGRH-MEN). Le plafond d'emplois, fixé à 1 504,11 ETP au 1er septembre 2022³⁹, est donc sous-consommé à hauteur de 687,41 ETP.

[56] Pour apprécier l'évolution de ces effectifs, la mission n'a pas obtenu les données successives en ETP. L'évolution des effectifs de médecins de secteur personnes physiques est quant à elle fournie par les annexes budgétaires jointes aux projets de loi de finances successifs, pour le programme 230. Ces données documentent une baisse quasiment continue et très forte, de 35 % sur 10 ans entre l'année scolaire 2012-2013 et l'année scolaire 2021-2022.

³⁷ Cf. annexe 7, programme 230.

³⁸ Source : PLF 2023, programme 230.

³⁹ Depuis 2017 et la création de 5 ETP, le plafond d'emploi des médecins scolaires est resté stable (Source : MEN DGRH).

Les personnels de santé (personnes physiques) :

	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022
Médecins	1 271	1 301	1 302	1 268	1 225	1 198	1 143	1 110	1 073	1 020	843
Personnels infirmiers	8 133	8 255	8 339	8 384	8 408	8 461	8 535	8 552	8 496	8 527	7 579

Source : MENJ-DEPP, base statistiques des agents (BSA), personnels rémunérés en activité au 30 novembre.
 Champ : enseignement public. France métropolitaine et DROM.

Source : PLF 2023, PAP programme 230

[57] Les données de rémunérations fournies par la DGAFP le 15 février 2023⁴⁰ indiquent pour 2021, de façon convergente, un effectif de médecins de l'éducation nationale de 846 ETPT tous grades confondus, et précise aussi que l'effectif personnes physiques a été, pour la même année, de 1524 médecins. Réinterrogée sur ce point devant ce qui suggérait une incohérence des données, la DGAFP a souligné que l'effectif personnes physiques ainsi compris représente le nombre de médecins ayant exercé cette profession au sein de l'EN en 2021, et que ces données indiquent un fort turn-over ou un renouvellement important lié à des départs notamment en retrait ; la DGRH du MENJ n'a pas fourni d'explications complémentaires.

[58] Quoiqu'il en soit, les données présentées dans les annexes aux documents budgétaires ne sont pas complètement fiables : en effet pour certains exercices, **les projets de loi de finances successifs fournissent des chiffres différents pour un même exercice écoulé**. Ainsi, pour 2011-2012, le PLF 2014 porte un effectif de 1133 médecins, tandis que le PLF 2023 en mentionne 1271. Pour 2012-2013, l'effectif mentionné est de 1113 selon le PLF 2014, de 1301 selon le PLF 2023⁴¹.

Les personnels de santé (personnes physiques) :

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Médecins	1 292	1 267	1 242	1 201	1 133	1113
Personnels infirmiers	6 622	6 874	7 148	7 396	7 335	7462

Source : MEN-DEPP
 Champ : Enseignement public. France métropolitaine + DOM hors Mayotte
 Titulaires des corps concernés (hors contractuels et personnels rémunérés à la vacation) au mois de janvier.

Source : PLF 2014, PAP programme 230, à rapprocher du tableau supra joint au PLF 2023

[59] L'analyse d'une très forte baisse est cependant documentée. Par exemple, en réponse à une question sénatoriale⁴², le ministère de l'éducation nationale indiquait en décembre 1996 : « Antérieurement au transfert de la médecine scolaire à l'éducation nationale, intervenu le 1er janvier

⁴⁰ Source : DGAFP, « Comparaison des rémunérations médecins et infirmiers en 2021 », février 2023.

⁴¹ Des écarts importants concernent également, pour le même exercice, les données relatives aux effectifs infirmiers selon que l'on se réfère à une édition ou à l'autre des documents budgétaires.

⁴² Question écrite avec réponse n° 19331, 5 décembre 1996 – Importance du médecin scolaire – M. Emmanuel Hamel – Ministère de l'Education Nationale, <https://www.senat.fr/questions/base/1996/qSEQ961219331.html>

1991, le potentiel global⁴³ en médecins titulaires, contractuels et vacataires était de 14 423 équivalents temps plein ; lors de la dernière rentrée scolaire (soit septembre 1996, ndr), les moyens globaux en personnels médicaux s'élevaient à 1 769 ETP, ce qui représente une progression de plus de 24 %, et le taux moyen d'encadrement, qui était en 1990 d'un médecin pour 8 700 élèves, était d'un médecin pour 7 200 élèves ». **Rapportées aux 818,59 ETP de médecins au 31 octobre 2022, ces données montrent que l'effectif 2022 de médecins de l'éducation nationale représente moins de la moitié de cet effectif en 1996.**

[60] Encore la faiblesse de l'effectif en poste est plus grande encore que ne le laissent penser l'effectif des personnes physiques porté dans les documents budgétaires, ou les données ETP ponctuellement fournies. **En effet, une partie notable de cet effectif n'est pas en activité**, mais placé dans d'autres positions : congé parental, détachement, détachement sur emploi fonctionnel⁴⁴, ou disponibilité. Les données fournies par la DGRH⁴⁵ montrent que pour 2019, sur 1015 médecins titulaires, 179 d'entre eux, soit 18 %, étaient placés dans l'une ou l'autre de ces positions, d'où il résultait un effectif de médecins scolaires titulaires en activité réduit à 836 médecins, à temps complet ou partiel.

[61] Pour ce même exercice 2019, la DGRH a également fourni la répartition par quotité de travail des médecins titulaires en activité, montrant qu'à peine les deux tiers de ces médecins exerçaient à temps plein en tant que médecin scolaire.

Tableau 12 : Répartition par quotité de travail de l'ensemble des titulaires en activité, 2019

	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Total
MEN HC	2	4	1	24	8	91	130
MEN 1C	8	6	9	57	33	258	371
MEN 2C	17	18	11	80	24	185	335
Total	27	28	21	161	65	534	836
% de l'effectif global	3,2%	3,3%	2,5%	19,3%	7,8%	63,9%	100,0%

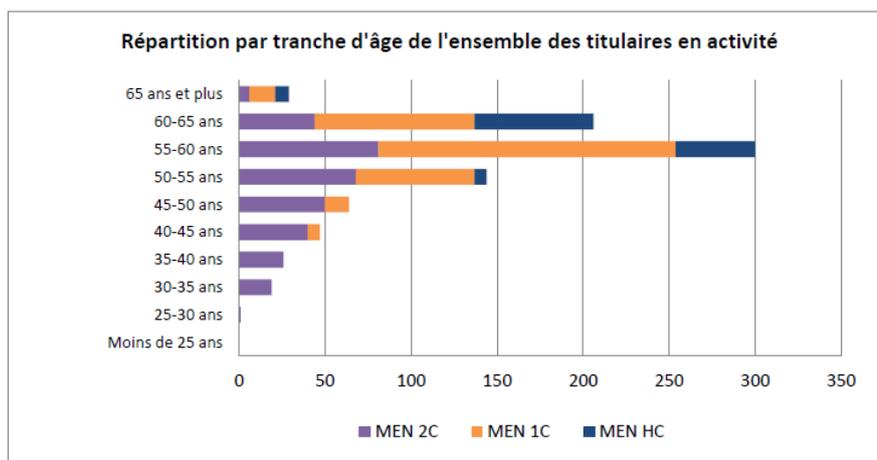
Source : MEN, DGRH

⁴³ La mission retient ici l'indication relative à 1996, faute de savoir ce que recouvre pour 1991 cette notion de « potentiel ».

⁴⁴ Il s'agit majoritairement des détachements sur emplois fonctionnels de médecins conseillers techniques. Selon la DGRH du MENJ, 31 MEN sont par ailleurs détachés hors du ministère.

⁴⁵ Document cité : « Panorama RH des médecins de l'éducation nationale », DGRH 9/11/2020.

[62] Dans la période récente, la baisse résulte conjointement de faibles flux de recrutement⁴⁶ et d'une pyramide des âges très défavorable induisant des départs en retraite nombreux. En 2017, un rapport de l'Académie nationale de médecine pointait déjà « un âge moyen de 54,8 ans : une quarantaine de médecins ont plus de 65 ans et 240 ont entre 60 et 65 ans, ce qui laisse présager d'un nombre très important de départs à la retraite dans les années qui viennent ». Le « Panorama RH des médecins de l'éducation nationale » en date du 9 novembre 2020 fourni par la DGRH de ce ministère actualise légèrement ces données en précisant que l'âge moyen des médecins scolaires en activité était alors de 54,9 ans. Le graphique ci-dessous, issu du même document, fournit la répartition par tranche d'âge des titulaires en activité :



Source : « La médecine scolaire en France », Académie nationale de médecine, octobre 2017

2.2 Personnels de santé au sein de l'éducation nationale : les infirmiers, effectifs

[63] Les effectifs d'infirmiers de l'éducation nationale, hors infirmiers conseils, s'établissent à 7579 personnes physiques pour l'année scolaire 2021-2022 selon les documents joints au projet de loi de finances 2023⁴⁷. Selon les données fournies par la DGRH⁴⁸, l'effectif personnes physiques titulaire en 2021 était de 8330 infirmiers, dont 7733 en activité - 597 autres étant placés dans d'autres positions : congé parental, détachement, détachement sur emploi fonctionnel, ou disponibilité. Parmi ces 7733 infirmiers titulaires en activité, **7508** le sont dans l'enseignement scolaire, à temps plein ou partiel, 225 le sont dans l'enseignement supérieur (également à temps plein ou partiel).

[64] S'agissant des infirmiers contractuels personnes physiques⁴⁹, l'effectif s'établit pour 2021 à **1707** personnes en poste dans l'enseignement scolaire, à temps plein ou partiel, y compris les contractuels en CDD affectés à des missions temporaires qui représentent 75 % de cet effectif. Toujours pour 2021, l'effectif global d'infirmiers contractuels dans l'enseignement scolaire

⁴⁶ Cf. annexe 5.

⁴⁷ Source : PLF 2023, programme 230.

⁴⁸ « Panorama RH des infirmiers de l'éducation nationale », DGRH 29/08/2022.

⁴⁹ Même source.

représente **804,6 ETPT**. L'absence d'indication en ETPT sur les titulaires en activité empêche de calculer l'effectif infirmier total ETPT en activité.

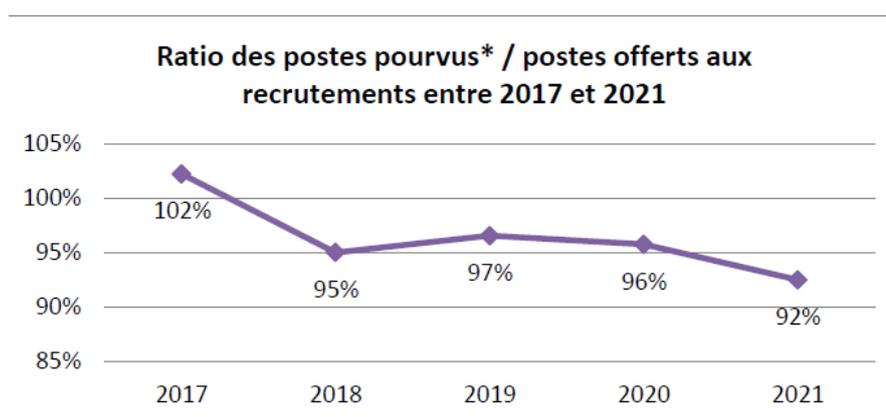
[65] Selon la DGRH, pour l'ensemble de l'enseignement secondaire et de l'enseignement supérieur semble-t-il (cf. *supra*), le plafond d'emplois s'établit à 7 745 ETP.

	Infirmiers personnes physiques en activité dans l'enseignement scolaire	Infirmiers ETPT au 31 octobre 2022 ⁵⁰	Infirmiers occupant l'emploi fonctionnel de conseiller technique, personnes physiques	Infirmiers conseillers techniques, ETP
Titulaires	7508	n.d.	n.d.	n.d.
Contractuels	1707	804,6	n.d.	n.d.
Total	9215	n.d.	n.d.	n.d.

Source : Mission

[66] Pour apprécier l'évolution, la mission ne dispose pas dans la durée des données successives en ETP.

[67] L'évolution des effectifs d'infirmiers personnes physiques est fournie par contre par les annexes budgétaires jointes aux projets de loi de finances successifs, pour le programme 230. Ces données documentent sur la période une stabilité dans le temps, hors le dernier exercice, marqué par une baisse de 11 %. Cette baisse correspond probablement à des départs en retraite ou pour d'autres affectations ; parallèlement, l'évolution sur les derniers exercices du ratio postes offerts / postes pourvus atteste de la baisse d'attractivité des postes d'infirmiers titulaires de l'éducation nationale :



Source : MEN, « Panorama RH des infirmiers », 28 août 2022. NB : l'astérisque correspond à l'indication selon laquelle le nombre de postes pourvus peut être supérieur au nombre de postes offerts initialement en cas de mobilisation de la liste complémentaire.

⁵⁰ Source : MEN, DGRH.

Les personnels de santé (personnes physiques) :

	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022
Médecins	1 271	1 301	1 302	1 268	1 225	1 198	1 143	1 110	1 073	1 020	843
Personnels infirmiers	8 133	8 255	8 339	8 384	8 408	8 461	8 535	8 552	8 496	8 527	7 579

Source : MENJ-DEPP, base statistiques des agents (BSA), personnels rémunérés en activité au 30 novembre.
 Champ : enseignement public. France métropolitaine et DROM.

[68] Comme les données relatives aux médecins, ces chiffres ont une fiabilité relative puisque **les documents budgétaires successifs fournissent parfois des données différentes pour un même exercice écoulé**. Ainsi, pour 2011-2012, le PLF 2014 porte un effectif de 7335 infirmiers, tandis que le PLF 2023 en mentionne 8133. Pour 2012-2013, l'effectif mentionné est de 7462 selon le PLF 2014, de 8255 selon le PLF 2023⁵¹.

Les personnels de santé (personnes physiques) :

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Médecins	1 292	1 267	1 242	1 201	1 133	1113
Personnels infirmiers	6 622	6 874	7 148	7 396	7 335	7462

Source : MEN-DEPP

Champ : Enseignement public. France métropolitaine + DOM hors Mayotte

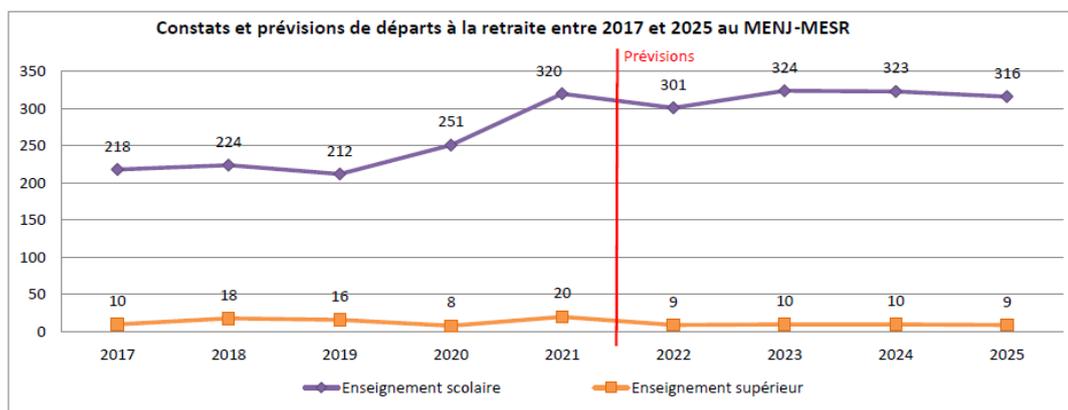
Titulaires des corps concernés (hors contractuels et personnels rémunérés à la vacation) au mois de janvier.

Source : PLF 2014, PAP programme 230

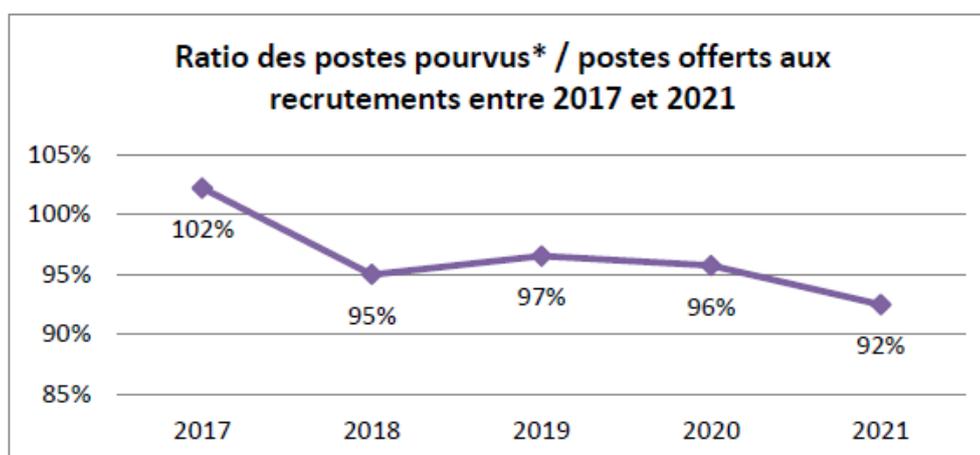
[69] S'agissant des infirmiers, la pyramide des âges est moins défavorable que pour les médecins, la moyenne d'âge s'établissant en 2021 à 48,9 ans pour les infirmiers titulaires relevant de l'enseignement scolaire. Les départs prévisionnels en retraite s'accroissent cependant dans les années à venir, comme le montre la courbe supérieure ci-dessous relative aux infirmiers titulaires en poste dans l'enseignement scolaire⁵² :

⁵¹ Des écarts importants concernent également, pour le même exercice, les données relatives aux effectifs infirmiers selon que l'on se réfère à une édition ou à l'autre des documents budgétaires.

⁵² Même source.



[70] En termes de recrutements, le ratio des postes pourvus⁵³ rapportés aux postes offerts est bon mais décline depuis 2018 :



2.3 Personnels assimilables à des personnels de santé au sein de l'éducation nationale : les psychologues de l'éducation nationale exerçant en premier degré, effectifs

[71] En 2020, la moyenne d'élèves par psychologue de l'éducation dans le 1er degré public est de 1 492 élèves en 2018-2019 contre 1 641 en 2013-2014, soit une amélioration du taux d'encadrement de 9 % au plan national. Cette amélioration est due à l'augmentation des effectifs de psychologues du 1er degré sur la période de 9 %, et à la baisse des effectifs dans le 1er degré public de 0,9 %. Le nombre de contractuels a fortement augmenté sur la période. Alors qu'il était négligeable en 2013-2014 (8 ETP), il a bondi à 256 ETP en 2018-2019, le recours aux contractuels étant facilité par le changement de statut intervenu en 2017. Au 30 novembre 2018, le nombre de postes de psychologues du 1er degré (spécialité EDA) occupés représentait 3 893 ETP (3 573 ETP au 30 novembre 2013).

⁵³ Le nombre de postes pourvus peut être supérieur au nombre de postes offerts initialement en cas de mobilisation de la liste complémentaire.

2.4 Les assistants de service social, effectifs

[72] Selon la DGRH du ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse, les assistants de service social représentent 2 746⁵⁴ personnes physiques au 1^{er} octobre 2022, hors les 331 conseillers techniques et coordonnateurs de bassins.

[73] Les données par académies présentées *infra* montrent que le nombre d'élèves par assistant social (en personnes physiques) varie d'un minimum de 973 à un maximum de 3 312, soit 3,4 fois plus d'élèves par assistant social d'une académie à l'autre. Comme pour les médecins et les infirmiers, l'échelon académique lisse structurellement des écarts interdépartementaux bien plus marqués encore.

[74] En termes d'écoles et établissements du second degré, un effectif de 2 746 assistants de service social personnes physiques signifie que dans l'hypothèse d'une répartition homogène, chacun d'entre eux, quelle que soit sa quotité de travail, aurait en charge les suivis et interventions nécessaires dans plus de vingt écoles et établissements⁵⁵. Dans différents départements visités, les interlocuteurs rencontrés ont souligné que l'effectif d'assistants de service social réduit en pratique leur rôle à faire pour l'essentiel des signalements, à l'exclusion de la plupart des actions de prévention et de suivi qui seraient nécessaires

2.5 Les secrétaires médico-scolaires : effectifs

[75] La mission ne dispose pas de l'effectif actuel et en évolution des secrétaires médicaux, gérés par les académies au sein de l'effectif global de secrétariat.

[76] L'étude des CMS de Gironde a montré que dans trois départements sur cinq de cette académie, il y a moins d'un secrétaire par CMS, et aucun CMS n'a plus d'un ETPT de secrétariat ; par ailleurs le nombre de CMS varie beaucoup d'un département à l'autre en fonction du nombre de médecins de secteur.

3 Personnels de santé et d'accompagnement social au sein de l'Éducation nationale : de très fortes inégalités notamment territoriales

3.1 Médecins : un effectif cible qui n'est plus atteint nulle part, des inégalités territoriales extrêmes

[77] Différents rapports récents se sont interrogés sur la source d'un effectif cible fréquemment cité de 5000 élèves par médecin ; il s'agit en fait, comme le mentionne un rapport du Conseil économique et social rendu en 1990, des « *Instructions générales n° 106 du 12 juin 1969 relatives*

⁵⁴ Une deuxième source, moins formalisée, émanant de la DGRH a mentionné un effectif personnes physiques de 2790 assistants de service social.

⁵⁵ 59 650 écoles et établissements du 2d degré en 2021, selon « *L'éducation nationale en chiffres* », 2021.

aux missions du service de santé scolaire et aux modalités d'exécution du contrôle médical scolaire » : « Compte tenu des tâches actuelles imposés au médecin de secteur de santé scolaire du fait de l'évolution de la doctrine liée à la rénovation pédagogique et de la prolongation de la scolarité obligatoire, le secteur devrait compter au maximum 5 à 6000 élèves. »

Tableau 13 : Médecins scolaires, effectif théorique

<p>« La santé scolaire et universitaire », Conseil économique et social, avis adopté le 13 juin 1990 sur le rapport de M. Jacques Beaupré</p>	<p>« Déjà les instructions générales du 12 juin 1969 relatives aux missions du service de santé scolaire et à ses modalités d'exécution n'ont pas été suivies de la mise en place des moyens nécessaires, puisqu'en octobre 1976 on recensait un médecin pour 15000 élèves alors que le texte prévoyait un médecin pour 5000 ».</p>
<p>« Santé à l'école ou Écoles en santé ? » https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2003-2-page-167.htm, O. Jeanneret Dans <i>Santé Publique</i> 2003/2 (Vol. 15), pages 167 à 180</p>	<p>« Fondements et missions Sans vouloir faire l'historique de ce service – dont on sait qu'il dépendra alternativement de deux ministères – il faut rappeler au moins ses fondements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la notion de secteur médico-social scolaire (comprenant un maximum de 5000 à 6000 élèves), - l'existence d'une équipe (médecin, infirmières, assistantes sociales, secrétaire) en charge de ce secteur, - un large éventail de missions.
<p>Rapport de l'Académie de médecine, 2017</p>	<p>Les MEN, qui représentent la plus grande partie des médecins scolaires, sont répartis dans les « secteurs » pour un territoire comprenant théoriquement entre 5000 et 7000 élèves.</p>
	<p>L'effectif souhaitable de médecins scolaires pour un secteur est difficile à connaître par les textes officiels. En 2004 on retenait un taux d'encadrement de 5 660 élèves par médecin, allant de 4 900 à 6 300 sur le territoire national.</p>
	<p>En 2016, le taux moyen d'encadrement variait de 2 000 à 46 000 élèves par médecin selon l'enquête syndicale de 2015-2016, sachant que certains départements n'ont plus de médecins, d'après une enquête récente du SNMSU-UNSA éducation.</p>

Source : Mission

[78] La population scolaire s'établissant aujourd'hui à près de treize millions d'élèves et apprentis⁵⁶, un taux d'encadrement d'un médecin pour 5000 élèves demanderait un effectif global de quelque 2560 médecins, au-delà du triple de l'effectif actuel – proche du quadruple si l'on considère l'effectif réellement en poste. A l'insuffisance globale des effectifs se superposent cependant des inégalités majeures entre territoires.

[79] Le rapport remis par la Cour des comptes en 2020⁵⁷ établit que fin 2018, seuls 24 départements disposaient d'un effectif de médecins scolaires correspondant à moins de

⁵⁶ 12 809 200 élèves et apprentis, selon « L'éducation nationale en chiffres », 2021, données incluant les établissements hors contrat et les établissements relevant des ministères en charge de l'agriculture et de la santé

⁵⁷ Cf. Cour des comptes, annexe 10 du rapport 2020 cité,

10 000 élèves par médecin ; dans 9 départements en situation particulièrement critique, ce ratio était supérieur à 30 000, parmi ces 9 départements deux, l'Indre et Mayotte, ne disposaient d'aucun médecin scolaire.

[80] Les investigations de terrain menées par la mission ont montré que les écarts extrêmes s'amplifient, notamment avec la disparition complète de l'effectif médical dans plusieurs nouveaux départements. Ainsi dans le Cher, il restait fin 2022 1,8 ETP de médecins scolaires mais pour quelques semaines seulement, les deux médecins en question partant en retraite en janvier 2023. Dans la Creuse et l'Ardèche⁵⁸, les quelques médecins encore en poste ne le resteront, pour la même raison, que jusqu'à la rentrée 2023.

[81] Les tableaux ci-dessous présentent les effectifs actualisés de médecins de l'éducation nationale, en ETP et par académies, les données fournies par la DGRH reposant sur la maille académique. Celle-ci recouvre elle-même de très fortes disparités infra-académiques, notamment interdépartementales. **Même lissés par l'échelon académique, les écarts résultant des données 2021 et 2022 sont les suivants :**

- **Cinq académies n'ont aucun médecin en poste (Mayotte, la Guyane) ou bien présentent un ratio « nombre d'élèves par ETP de médecin » supérieur à 30 000 élèves** et donc très supérieur à la moyenne nationale qui s'établit à 19 898 d'élèves (scolarisés dans public ou le privé) par ETP de médecin. Parmi celles-ci, l'académie de Créteil, caractérisée par une forte concentration de professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) défavorisées et par le nombre de réseaux d'éducation prioritaire le plus dense du territoire national, a le taux d'encadrement médical le plus faible. Les deux autres académies particulièrement défavorisées en termes de taux d'encadrement médical sont celles, plus rurales, de Rouen et d'Orléans-Tours, cette dernière par ailleurs confrontée de façon particulièrement aiguë à la désertification médicale.
- **Huit académies se situent dans une fourchette de 20 000 à 30 000 élèves**, quatre à dominante très rurale (Clermont, Limoges, Nancy-Metz, Toulouse), une dans les départements d'Outre-mer et trois aux caractéristiques très urbaines (Lyon, Paris, Versailles).
- **Les dix-huit autres académies présentent des ratios globaux compris entre 10 000 et 20 000 élèves**, l'académie de Rennes, celle de la Réunion et celle de la Martinique ayant les meilleurs ratios (entre 10 000 et 11 000). Même parmi ces académies moins défavorisées que d'autres, aucune n'approche du ratio d'un médecin pour 5000 élèves considéré comme nécessaire pour que les médecins puissent assumer la complétude de leurs missions.

⁵⁸ En Ardèche, les emplois sont couverts par l'équivalent d'1 ETP ½ (1 contractuel et 1 vacataire - 120 heures par mois) sur les 6 inscrits au budget.

Tableau 14 : Nombre d'élèves par ETP de médecins scolaires de secteur⁵⁹, par académies

Académies	Effectifs 1er et 2nd degré public	Effectifs 1er et 2nd degré ensemble public et privé	Nombre ETP médecins scolaires, 31/10/2022	Nombre d'élèves par ETP de médecin (public)	Nombre d'élèves par ETP de médecin (ensemble public et privé)
AIX-MARSEILLE	465 873	551 168	39,7	11 735	13 883
AMIENS	311 624	357 693	19,0	16 401	18 826
BESANCON	178 747	203 729	10,6	16 863	19 220
BORDEAUX	491 850	580 452	33,7	14 595	17 224
CAEN	192 734	242 036	16,6	11 610	14 580
CLERMONT-FERRAND	177 581	217 503	9,9	17 937	21 970
CORSE	45 235	47 646	3,5	12 924	13 613
CRETEIL	846 044	928 886	17,1	49 476	54 321
DIJON	228 780	260 440	15,3	14 953	17 022
GRENOBLE	521 237	626 163	31,7	16 443	19 753
GUADELOUPE	76 276	85 708	4,0	19 069	21 427
GUYANE	82 355	88 637	0,0	-	-
LILLE	618 971	799 404	48,2	12 842	16 585
LIMOGES	99 616	109 025	4,0	24 904	27 256
LYON	500 955	642 906	26,9	18 623	23 900
MARTINIQUE	57 361	65 339	6,0	9 560	10 890
MAYOTTE	111 549	111 549	0,0	-	-

⁵⁹ Il s'agit des médecins de secteur (relevant du programme budgétaire 230), affectés dans un territoire donné du département. Les médecins conseils pour leur part (relevant du programme budgétaire 214, cf. supra) n'ont pas comme fonction première d'intervenir auprès des élèves même si de nombreux conseillers techniques sont conduits à s'impliquer dans la réalisation d'actes quotidiens dans les territoires dépourvus de ressource médicale. Quoi qu'il en soit, il y a au plus un médecin conseiller technique auprès de chaque recteur et un médecin conseiller technique auprès de chaque DASEN lorsque les postes correspondants sont pourvus (cf. infra).

MONTPELLIER	429 639	499 752	33,7	12 749	14 829
NANCY-METZ	350 583	391 916	16,8	20 868	23 328
NANTES	437 917	704 811	36,9	11 868	19 101
NICE	332 463	374 884	21,8	15 251	17 197
ORLEANS-TOURS	397 030	450 976	14,5	27 381	31 102
PARIS	232 377	328 398	13,3	17 472	24 692
POITIERS	248 316	287 593	17,0	14 607	16 917
REIMS	196 344	227 419	12,3	16 028	18 565
RENNES	354 116	594 265	50,7	6 985	11 721
REUNION	200 466	218 868	18,3	10 954	11 960
ROUEN	301 814	345 588	11,3	26 709	30 583
STRASBOURG	298 260	556 267	26,0	11 472	21 395
TOULOUSE	442 206	518 749	25,2	17 548	20 585
VERSAILLES	1 029 816	1 174 445	75,8	13 586	15 494
Total général	10 258 135	12 592 215	659,8	16 945	19 898

Source : Mission, sur la base des données du MENJS : ETP filières santé sociale MENJ au 1 octobre 2022 - POLCA 2021 ET 2022 ; effectif élèves 1er degré et 2nd degré – Rentrée 2022. Source : DEPP/Base centrale de pilotage - 10 mars 2023.

Tableau 15 : Explicitation et synthèse quantitative

<i>Fourchette</i>	Nombre d'élèves par ETP de médecin, 01/10/2022 Public	Nombre d'académies concernées	Nombre d'élèves par ETP de médecin, 01/10/2022 (ensemble public et privé)	Nombre d'académies concernées
Ratios relativement les plus favorables	< 10 000	2	< 10 000	0
	>10 000 et < ou égal à 20 000	22	>10 000 et < ou égal à 20 000	18
	>20 000 et < ou égal à 30 000	4	>20 000 et < ou égal à 30 000	8
Ratios particulièrement critiques	< ou égal 30 000 ou aucun médecin scolaire	3	< ou égal 30 000 ou aucun médecin scolaire	5

Source : Mission

3.2 Infirmiers : de forts écarts interdépartementaux et de forts écarts de ressources entre les différents niveaux de scolarisation

[82] Pour apprécier le taux d'encadrement des élèves par les infirmiers, la mission a obtenu de la DGRH des données positionnées là encore sur la maille académique, correspondant cette fois aux effectifs personnes physiques des infirmiers rémunérés au 1^{er} octobre 2022, quelle que soit leur quotité de travail. La démarche conduite pour appréhender la répartition des ressources a ici été double : outre la répartition géographique, la mission s'est attachée à rechercher la répartition des ressources par types d'établissements.

[83] S'agissant des infirmiers, les plus forts écarts ne s'observent pas entre les académies, sauf l'exception de Mayotte dont le ratio va au-delà de 4 500 élèves par infirmier affecté en école et collège. Pour autant, le tableau infra qui présente le classement des académies par ordre croissant du nombre d'élèves à la charge de chaque infirmier en écoles et collèges

[84] D'un point de vue géographique, les écarts sont surtout infra-académiques et notamment interdépartementaux ; ils ont pu être appréhendés par les constats plus locaux mais n'apparaissent pas, par définition, dans un tableau arrêté à la maille académique. Il est dommage de n'avoir pu, de ce fait, les actualiser : les données départementales datant de fin 2018 produites en 2020 par la Cour des comptes⁶⁰ montrait que le ratio du nombre d'élèves par ETP de personnel

⁶⁰ Cour des comptes, rapport précité, tableau 10 de l'annexe 9.

infirmier variait au 30/11/2018, entre, aux extrêmes, 680 et 2095 élèves, soit un écart de 1 à 3. Les différences ne relevaient pas de situations isolées : dans 20 départements, ce ratio était inférieur à 1000, dans 18 départements il était supérieur à 1500. Les départements présentant un ratio inférieur à 1000, plus favorable, étaient des départements majoritairement ruraux dans lesquels le nombre d'élèves par établissement est *a priori* moins élevé ; mais d'autres départements majoritairement ruraux présentaient des ratios supérieurs à 1000 (Eure-et-Loir 1 215, Indre-et-Loire 1 363, Tarn-et-Garonne 1601 etc.)

[85] En termes de niveaux de scolarisation, le déséquilibre le plus évident caractérise les moyens affectés respectivement aux 1^{er} et 2nd degrés. Le 1^{er} degré apparaît sous-investi, bien que les affectations mixtes 1^{er} degré (public) et collèges ne permettent pas d'appréhender complètement ce sous-investissement : les infirmiers⁶¹ sont en effet affectés soit à un établissement public local d'enseignement (EPL), soit en poste inter degrés (collèges et écoles du secteur de recrutement). Pour les infirmiers en poste inter degrés, la circulaire en vigueur⁶² prévoit que « *les autorités académiques veillent au juste équilibre des emplois du temps entre le collège d'affectation et les écoles du secteur de recrutement* ». Les visites dans différentes académies ont cependant montré que l'intervention des infirmières dans le 1^{er} degré est très rarement homogène d'un territoire à un autre. S'il n'est pas possible d'en déterminer la juste proportion, il apparaît généralement que la présence des infirmiers dans les écoles du 1^{er} degré est bien plus faible qu'au collège de rattachement, la quotité travaillée des infirmiers dans les écoles étant souvent très inférieure à celle de 50 % préconisée par plusieurs circulaires académiques et nationales. Les ratios présentés dans le tableau ci-dessous sont donc à interpréter sous cette réserve.

[86] Les ratios les plus favorables concernent la voie professionnelle, sous l'effet conjugué de la charge de travail induite par les règles édictées par le code du travail - ce bien que les visites obligatoires soient règlementairement du ressort des seuls médecins - et de la présence, dans une partie des lycées professionnels, d'internats, au sein desquels un infirmier scolaire est systématiquement affecté.

Tableau 16 : Nombre d'élèves moyen par infirmier et par types d'établissements

Nombre moyen d'élèves par infirmier en école et collège	Nombre moyen d'élèves par infirmier en lycée général et technologique	Nombre moyen d'élèves par infirmier en lycée professionnel
1 690,05	985,99	521,02

Source : Mission

⁶¹ Hors infirmiers conseils, cf. *infra*.

⁶² Circulaire n° 2015-119 du 10-11-2015 sur les missions des infirmiers de l'éducation nationale.

Tableau 17 : Nombre d'élèves par infirmier et nombre d'infirmiers par établissements (public)

Académies - typologie établissements	Effectifs élèves (public)	Nombre d'établissements	Nombre d'infirmiers ⁶³ (personne physique)	Nombre d'élèves par infirmier	Nombre d'infirmiers par établissement
AIX-MARSEILLE	465 873	2098	315		
ECOLE	258 285	1785	199	1 900	0,10
COLLEGE	119 835	211			
ECOLE REGIONALE DU SECOND DEGRE ⁶⁴	365	3	3	122	1,00
LYCEE	72 028	62	78	923	0,79
LYCEE PROFESSIONNEL	15 360	37	35	439	1,06
AMIENS	311 624	2043	243		
ECOLE	169 113	1784	167	1 504	0,09
COLLEGE	82 117	175			
ECOLE REGIONALE DU SECOND DEGRE	200	2	3	67	0,67
LYCEE	45 162	36	52	869	0,69
LYCEE PROFESSIONNEL	15 032	46	21	716	2,19
BESANCON	178 747	1144	156		
ECOLE	95 939	989	95	1 504	0,09
COLLEGE	46 963	107			
ECOLE REGIONALE DU SECOND DEGRE	167	2	2	84	1,00
LYCEE	29 101	28	40	728	0,70
LYCEE PROFESSIONNEL	6 577	18	19	346	0,95
BORDEAUX	491 850	2812	329		
ECOLE	262 379	2412	216	1 826	0,08
COLLEGE	132 055	265			
ECOLE REGIONALE DU SECOND DEGRE	507	5	4	127	1,25
LYCEE	77 732	73	64	1 215	1,14

⁶³ Infirmiers de terrain (programme 230 : Vie de l'élève), hors infirmiers conseils.

⁶⁴ La ligne dédiée « école régionale du 1er degré et 2nd degré » représente les établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA) et les lycées d'enseignement adapté (LEA). Ces établissements publics locaux d'enseignement (EPL) accueillent des élèves du second degré (à partir de la classe de 6ème) connaissant des difficultés scolaires importantes et persistantes, qui peuvent être accompagnées de difficultés sociales faisant obstacle à leur réussite.

LYCEE PROFESSIONNEL	19 177	57	45	426	1,27
CAEN	192 734	1008	172		
ECOLE	102 782	815	114	1 358	0,12
COLLEGE	52 059	141			
ECOLE REGIONALE DU SECOND DEGRE	328	3	2	164	1,50
LYCEE	34 051	40	49	695	0,82
LYCEE PROFESSIONNEL	3 514	9	7	502	1,29
CLERMONT-FERRAND	177 581	1325	170		
ECOLE	94 705	1137	105	1 349	0,08
COLLEGE	46 943	138			
ECOLE REGIONALE DU SECOND DEGRE	241	3	4	60	0,75
LYCEE	30 002	31	46	652	0,67
LYCEE PROFESSIONNEL	5 690	16	15	379	1,07
CORSE	45 235	287	39		
ECOLE	23 584	244	27	1 351	0,10
COLLEGE	12 893	29			
ECOLE REGIONALE DU SECOND DEGRE	115	1	1	115	1,00
LYCEE	6 801	9	8	850	1,13
LYCEE PROFESSIONNEL	1 842	4	3	614	1,33
CRETEIL	846 044	3077	498		
ECOLE	475 635	2542	356	1 922	0,12
COLLEGE	208 754	366			
ECOLE REGIONALE DU SECOND DEGRE	280	3	3	93	1,00
LYCEE	145 462	134	119	1 222	1,13
LYCEE PROFESSIONNEL	15 733	32	20	787	1,60
DIJON	228 780	1784	195		
ECOLE	122 928	1566	133	1 390	0,08
COLLEGE	61 952	158			
ECOLE REGIONALE DU SECOND DEGRE	411	3	1	411	3,00
LYCEE	39 009	44	50	780	0,88
LYCEE PROFESSIONNEL	4 480	13	11	407	1,18
GRENOBLE	521 237	2779	343		
ECOLE	289 121	2421	231	1 838	0,09

COLLEGE	135 413	247			
ECOLE REGIONALE DU SECOND DEGRE	485	4	4	121	1,00
LYCEE	87 115	80	82	1 062	0,98
LYCEE PROFESSIONNEL	9 103	27	26	350	1,04
GUADELOUPE	76 276	3826	61		
ECOLE	20 376	270	42	1 352	0,13
COLLEGE	36 403	46			
LYCEE	15 362	17	13	1 182	1,31
LYCEE PROFESSIONNEL	4 135	7	6	689	1,17
GUYANE	82 355	3486	46		
ECOLE	45 141	175	34	1 986	0,17
COLLEGE	22 378	31			
LYCEE	13 174	11	10	1 317	1,10
LYCEE PROFESSIONNEL	1 662	3	2	831	1,50
LILLE	618 971	3266	532		
ECOLE	338 208	2774	353	1 398	0,11
COLLEGE	155 374	327			
ECOLE REGIONALE DU 1er et 2nd DEGRE	649	6	12	54	0,50
LYCEE	91 692	87	80	1 146	1,09
LYCEE PROFESSIONNEL	33 048	72	87	380	0,83
LIMOGES	99 616	2816	103		
ECOLE	48 462	606	60	1 269	0,09
COLLEGE	27 663	77			
LYCEE	17 008	1	31	549	0,03
LYCEE PROFESSIONNEL	3 738	18	12	312	1,50
LYON	500 955	2114	315		
ECOLE	283 526	1782	200	2 037	0,10
COLLEGE	123 928	217			
ECOLE REGIONALE DU SECOND DEGRE	376	3	6	63	0,50
LYCEE	77 039	68	78	988	0,87
LYCEE PROFESSIONNEL	16 086	44	31	519	1,42
MARTINIQUE	57 361	2648	64		
ECOLE	28 177	217	41	1 046	0,16
COLLEGE	14 712	43			

LYCEE	10 565	14	16	660	0,88
LYCEE PROFESSIONNEL	3 907	9	7	558	1,29
MAYOTTE	111 549	2365	32		
ECOLE	60 775	188	20	4 554	0,10
COLLEGE	30 310	22			
LYCEE	19 801	10	11	1 800	0,91
LYCEE PROFESSIONNEL	663	1	1	663	1,00
MONTPELLIER	429 639	2144	277		
ECOLE	230 227	1864	182	1 897	0,09
COLLEGE	115 017	202			
ECOLE REGIONALE DU SECOND DEGRE	234	2	2	117	1,00
LYCEE	74 688	57	76	983	0,75
LYCEE PROFESSIONNEL	9 473	19	17	557	1,12
NANCY-METZ	350 583	2243	297		
ECOLE	188 578	1932	199	1 405	0,09
COLLEGE	91 055	216			
ECOLE REGIONALE DU SECOND DEGRE	432	3	3	144	1,00
LYCEE	58 198	59	64	909	0,92
LYCEE PROFESSIONNEL	12 320	33	31	397	1,06
NANTES	437 917	2239	339		
ECOLE	239 676	1880	220	1 609	0,10
COLLEGE	114 261	252			
ECOLE REGIONALE DU SECOND DEGRE	330	3	3	110	1,00
LYCEE	71 114	72	82	867	0,88
LYCEE PROFESSIONNEL	12 536	32	34	369	0,94
NICE	332 463	3550	191		
ECOLE	180 655	1073	134	2 003	0,11
COLLEGE	87 743	144			
LYCEE	52 006	39	37	1 406	1,05
LYCEE PROFESSIONNEL	12 059	20	20	603	1,00
ORLEANS-TOURS	397 030	2274	288		
ECOLE	213 098	1954	187	1 713	0,09
COLLEGE	107 280	230			
ECOLE REGIONALE DU SECOND DEGRE	388	3	6	65	0,50

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

LYCEE	60 341	50	61	989	0,82
LYCEE PROFESSIONNEL	15 923	37	34	468	1,09
PARIS	232 377	855	167		
ECOLE	108 538	638	72	1 507	0,10
COLLEGE	53 460	114			
ECOLE REGIONALE DU SECOND DEGRE	464	4	4	116	1,00
LYCEE	61 842	70	75	825	0,93
LYCEE PROFESSIONNEL	8 073	29	16	505	1,81
POITIERS	248 316	1631	206		
ECOLE	130470	1394	133	1 501	0,09
COLLEGE	69 225	159			
ECOLE REGIONALE DU SECOND DEGRE	503	4	5	101	0,80
LYCEE	39 195	44	48	817	0,92
LYCEE PROFESSIONNEL	8 923	30	20	446	1,50
REIMS	196 344	1177	181		
ECOLE	105 698	991	122	1 286	0,11
COLLEGE	51 165	130			
ECOLE REGIONALE DU 1er DEGRE	185				
LYCEE	32 566	39	46	708	0,85
LYCEE PROFESSIONNEL	6 730	17	13	518	1,31
RENNES	354 116	1753	288		
ECOLE	186 703	1439	171	1 638	0,10
COLLEGE	93 398	212			
ECOLE REGIONALE DU SECOND DEGRE	401	4	6	67	0,67
LYCEE	60 720	62	80	759	0,78
LYCEE PROFESSIONNEL	12 894	36	31	416	1,16
REUNION	200 466	2351	146		
ECOLE	103 754	493	102	1 542	0,18
COLLEGE	53 542	78			
LYCEE	31 659	30	30	1 055	1,00
LYCEE PROFESSIONNEL	11 511	13	14	822	0,93
ROUEN	301 814	1737	232		
ECOLE	163 660	1514	164	1 489	0,10
COLLEGE	80 578	147			

ECOLE REGIONALE DU SECOND DEGRE	262	2	2	131	1,00
LYCEE	47 829	48	51	938	0,94
LYCEE PROFESSIONNEL	9 485	26	15	632	1,73
STRASBOURG	298 260	1492	216		
ECOLE	162 057	1270	153	1 565	0,11
COLLEGE	77 403	147			
ECOLE REGIONALE DU 1er et 2nd DEGRE	176	1	3	59	0,33
LYCEE	51 887	48	47	1 104	1,02
LYCEE PROFESSIONNEL	6 737	26	13	518	2,00
TOULOUSE	442 206	2659	321		
ECOLE	235 804	2296	221	1 601	0,09
COLLEGE	118 081	244			
ECOLE REGIONALE DU SECOND DEGRE	315	3	3	105	1,00
LYCEE	74 672	77	62	1 204	1,24
LYCEE PROFESSIONNEL	13 334	39	35	381	1,11
VERSAILLES	1 029 816	3750	580		
ECOLE	577 341	3123	406	2 048	0,11
COLLEGE	254 225	426			
ECOLE REGIONALE DU 1ER DEGRE ET SECOND DEGRE	933	7	12	78	0,58
LYCEE	178 684	154	131	1 364	1,18
LYCEE PROFESSIONNEL	18 633	40	31	601	1,29
Total général	10 258 135		7342		

Source : Mission, selon données MENJS : effectif filière santé sociale MENJ au 1 octobre 2022 - annuaires SIRH. Données selon les types d'établissements par départements et académies : DEPP/Base centrale de pilotage - 10 mars 2023

Tableau 18 : Explication et synthèse quantitative du tableau ci-dessus

<i>Fourchette</i>	Nombre d'élèves par infirmier, 01/10/2022 Public		Nombre d'infirmiers par types d'établissements
<i>Ratios relativement les plus favorables</i>	< 500	Ratios particulièrement critiques	< 0.5
	>500 et < ou égal à 1000		>0,5 et < ou égal à 1
	>1 000 et < ou égal à 1 500		>1 et < ou égal à 1,5
<i>Ratios relativement les plus favorables</i>	< ou égal 1500	Ratios relativement les plus favorables	< ou égal 1,5

Tableau 19 : Classement des académies par ordre croissant du nombre d'élèves à la charge de chaque infirmier en écoles et collèges

Académies - typologie établissements	Effectifs élèves (public)	Nombre d'établissements	Nombre d'élèves par infirmier
MARTINIQUE	57 361	2648	
ECOLE	28 177	217	1 046
COLLEGE	14 712	43	
LIMOGES	99 616	2816	
ECOLE	48 462	606	1 269
COLLEGE	27 663	77	
REIMS	196 344	1177	
ECOLE	105 698	991	1 286
COLLEGE	51 165	130	
CLERMONT-FERRAND	177 581	1325	
ECOLE	94 705	1137	1 349
COLLEGE	46 943	138	
CORSE	45 235	287	
ECOLE	23 584	244	1 351
COLLEGE	12 893	29	
GUADELOUPE	76 276	3826	

ECOLE	20 376	270	1 352
COLLEGE	36 403	46	
CAEN	192 734	1008	
ECOLE	102 782	815	1 358
COLLEGE	52 059	141	
DIJON	228 780	1784	
ECOLE	122 928	1566	1 390
COLLEGE	61 952	158	
LILLE	618 971	3266	
ECOLE	338 208	2774	1 398
COLLEGE	155 374	327	
NANCY-METZ	350 583	2243	
ECOLE	188 578	1932	1 405
COLLEGE	91 055	216	
ROUEN	301 814	1737	
ECOLE	163 660	1514	1 489
COLLEGE	80 578	147	
POITIERS	248 316	1631	
ECOLE	130470	1394	1 501
COLLEGE	69 225	159	
AMIENS	311 624	2043	
ECOLE	169 113	1784	1 504
COLLEGE	82 117	175	
BESANCON	178 747	1144	
ECOLE	95 939	989	1 504
COLLEGE	46 963	107	
PARIS	232 377	855	
ECOLE	108 538	638	1 507
COLLEGE	53 460	114	
REUNION	200 466	2351	
ECOLE	103 754	493	1 542
COLLEGE	53 542	78	
STRASBOURG	298 260	1492	
ECOLE	162 057	1270	1 565
COLLEGE	77 403	147	

TOULOUSE	442 206	2659	
ECOLE	235 804	2296	1 601
COLLEGE	118 081	244	
NANTES	437 917	2239	
ECOLE	239 676	1880	1 609
COLLEGE	114 261	252	
RENNES	354 116	1753	
ECOLE	186 703	1439	1 638
COLLEGE	93 398	212	
ORLEANS-TOURS	397 030	2274	
ECOLE	213 098	1954	1 713
COLLEGE	107 280	230	
BORDEAUX	491 850	2812	
ECOLE	262 379	2412	1 826
COLLEGE	132 055	265	
GRENOBLE	521 237	2779	
ECOLE	289 121	2421	1 838
COLLEGE	135 413	247	
MONTPELLIER	429 639	2144	
ECOLE	230 227	1864	1 897
COLLEGE	115 017	202	
AIX-MARSEILLE	465 873	2098	
ECOLE	258 285	1785	1 900
COLLEGE	119 835	211	
CRETEIL	846 044	3077	
ECOLE	475 635	2542	1 922
COLLEGE	208 754	366	
GUYANE	82 355	3486	
ECOLE	45 141	175	1 986
COLLEGE	22 378	31	
NICE	332 463	3550	
ECOLE	180 655	1073	2 003
COLLEGE	87 743	144	
LYON	500 955	2114	
ECOLE	283 526	1782	2 037

COLLEGE	123 928	217	
VERSAILLES	1 029 816	3750	
ECOLE	577 341	3123	2 048
COLLEGE	254 225	426	
MAYOTTE	111 549	2365	
ECOLE	60 775	188	4 554
COLLEGE	30 310	22	

Source : Mission

3.3 Assistants de service social : des interventions limitées à une partie des territoires et établissements

[87] Comme pour d'autres catégories de personnels, la mission n'a pu actualiser les données qu'à l'échelle de l'académie, qui ne reflète que de façon très lissée les écarts territoriaux.

[88] Sur la base des données 2022, et en considérant un ensemble formé des seuls élèves scolarisés en éducation prioritaire (1er et 2nd degré) et de ceux du second degré (public), il apparaît que le nombre d'élèves par assistant de service social est :

- supérieur à 2 000 élèves pour onze académies ;
- inférieur à 1 500 élèves pour trois académies ;
- compris entre plus de 1 500 élèves et moins de 2000 élèves pour dix-sept académies.

[89] Les données disponibles n'ont pas permis d'apprécier si ces différences résultent d'un statu quo récurrent ou de choix volontaires. Il est cependant clair que les moyennes mentionnées recouvrent des réalités infra-académiques très disparates, car les interventions de ces personnels ne concernent pas ou plus l'ensemble des territoires et des établissements. S'agissant des assistants de service social de secteur, les choix d'affectation sont à l'appréciation des DASEN mais « *les établissements prioritairement dotés sont fixés par le recteur d'académie* ». Si le champ d'intervention du service social en faveur des élèves concerne en principe l'ensemble des élèves scolarisés dans les établissements publics d'enseignement, la circulaire du 22 mars 2017⁶⁵ précise en même temps que « *La couverture exhaustive du département n'est pas recherchée* ». Elle préconise que les recteurs d'académie procèdent progressivement à une réorganisation des services visant à limiter l'intervention des personnels sociaux aux écoles situées dans les réseaux d'éducation prioritaire qui rencontrent les plus importantes difficultés sociales (REP+), prioritairement en cycle 3, sous forme de conseil social ou d'intervention sociale. **Les établissements hors REP + ne sont donc pas ou très peu couverts**, alors même que, comme l'ont souligné des intervenants divers lors des déplacements de mission, les besoins d'accompagnement social ne sont pas limités à ces secteurs. **Par ailleurs, dans le 1er degré, les besoins d'accompagnement sociaux des élèves et des familles ne sont globalement pas couverts.**

⁶⁵ Circulaire 2017-055 du 22-3-2017 MENESR - DGESCO B3-1 sur les missions du service social en faveur des élèves

Tableau 20 : Répartition des conseillers techniques et assistants de service social par académies et départements, personnes physiques

Académies	Elèves REP+1 ^{er} degré	Elèves 2nd degré public	Support d'emploi conseiller technique de service social	Conseiller technique de service social départemental et rectoral (personne physique)	Conseiller technique de service social coordonnateur (Personne physique)	Nombre de Conseillers techniques par académie	Conseiller technique de service social des administrations de l'État - assistant de service social des administrations de l'État	Nombre d'élèves par assistant social
AIX-MARSEILLE								
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	39594	207 588	1	1	5	11		1 670
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN			4	1	4		148	
AMIENS								
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	15181	142 511	1	1		19		1 752
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN			3	3	15		90	
BESANCON								
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	3789	82 808	1	1		9		3 464
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN			4	4	4		25	
BORDEAUX								
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	3726	229 471	1	1		22		2 591

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

SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN			5	5	16		90	
CAEN								
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1760	89 952	1	1	5	8		1 764
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN			3	2			52	
CLERMONT-FERRAND								
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	4321	82 876	1			9		2 295
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN			4	4	5		38	
CORSE								
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	645	21 651	1	1		3		1 593
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN			0		2		14	
CRETEIL								
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	49227	370 409	1	1	1	19		1 526
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN			3	3	14		275	
DIJON								
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1029	105 852	1	1		9		2 055
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN			4	4	4		52	

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

GRENOBLE									
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	3945	232 116	1	1	1	11	114	2 071	
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN			5	4	5				
GUADELOUPE									
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	2058	39 873	1	1	1	2	36	1 165	
GUYANE									
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	43430	37 214	1	1	1	2	32	2 520	
LILLE									
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	45074	280 763	1	1		23	227	1 435	
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN			2	2	20				
LIMOGES									
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1701	48 462	1	1		9	29	1 730	
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN			3	3	5				
LYON									
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	30934	217 429	1	1		21	129	1 925	
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN			3	3	17				

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

MARTINIQUE										
RECTORAT RECTORAUX	ET	SERVICES	5092	29 184	1	1	3	4	30	1 143
MAYOTTE										
RECTORAT RECTORAUX	ET	SERVICES	27132	50 774	1	1	1	2	22	3 541
MONTPELLIER										
RECTORAT RECTORAUX	ET	SERVICES	19510	199 412	1	1	7	13	97	2 257
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN					5	5				
NANCY-METZ										
RECTORAT RECTORAUX	ET	SERVICES	6886	162 005	1	1	6	12	94	1 797
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN					4	4				
NANTES										
RECTORAT RECTORAUX	ET	SERVICES	11810	198 241	1	1	8	14	120	1 750
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN					5	5				
NICE										
RECTORAT RECTORAUX	ET	SERVICES	10518	151 808	1	1	3	6	70	2 319
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN					2	1	1			

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

ORLEANS-TOURS									
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	9874	183 932	1	1	1	15		2 280	
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN			6	6	7		85		
PARIS									
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	3671	123 839	1	1	4	5	73	1 747	
POITIERS									
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	3959	117 846	1	1	2	11		2 100	
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN			4	4	4		58		
REIMS									
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	8205	90 646	1	1		9		1 865	
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN			4	4	4		53		
RENNES									
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	735	167 413	1	1	1	13		1 911	
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN			4	4	7		88		
REUNION									
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	31617	96 712	1	1	4	5	71	1 807	

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

ROUEN								
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	11313	138 154	1	1	4	8		1 892
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN			2	2	1		79	
STRASBOURG								
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	17124	136 203	1	1		5		1 917
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN			2	2	2		80	
TOULOUSE								
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	6163	206 402	1	1	1	19		1 950
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN			8	8	9		109	
VERSAILLES								
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	30964	452 475	1	1	0	13		1 817
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN			4	4	8		266	
Total général	450987	4 694 021		117	214	331	2746	1 761

Source : Mission, sur la base des données MENJS : effectif filière santé sociale MENJ au 1 octobre 2022 - annuaires SIRH (personnes physiques).

3.4 Les médecins et infirmiers conseillers techniques : pour les médecins, des emplois non pourvus dans les trois quarts des académies

[90] Les médecins et les infirmiers conseillers techniques exercent des missions similaires d'expertise, de conseil et de pilotage auprès des recteurs et des directeurs académiques des services de l'éducation nationale. Les supports d'emploi correspondants sont implantés au sein des services rectoraux et départementaux de l'éducation nationale, à raison en principe d'un médecin conseiller technique par rectorat, un par département, et un infirmier conseiller technique par rectorat, un par département. C'est sur la base de cette répartition des moyens que les écarts entre les supports d'emplois et les postes pourvus ont été mesurés.

[91] Le déficit des médecins conseillers techniques s'élève à la moitié des postes (*cf. supra*) et affecte 23 académies sur 31. Parmi celles-ci figurent les académies rencontrant par ailleurs le plus de difficultés à pourvoir les postes de médecins de secteur, dont celles de Créteil, Orléans-Tours, Clermont.

[92] Dans seulement huit académies (Nice, Aix-Marseille, Rennes, Guadeloupe, Réunion, la Corse, Paris et Lyon), tous les emplois sont pourvus.

[93] Au-delà de la pénurie globale d'effectifs médicaux, il convient de s'interroger sur la faible attractivité de cette fonction pour les personnels, sur le plan indemnitaire notamment. Par exemple, l'académie de Bordeaux, où la proportion de médecins de secteur n'est pas la plus faible, présente le plus important déficit d'emplois de médecins conseils (- 4) au sein des services départementaux.

[94] Concernant les infirmiers conseillers techniques, les supports d'emploi sont au contraire couverts, à l'exception tout de même de six académies (Amiens, Caen, Limoges, Lyon, Nice, Rouen).

Tableau 21 : Ressources humaines : écart entre les supports d'emploi et les postes pourvus pour les missions de médecin et infirmier conseillers techniques au sein des rectorats et des services départementaux

Programme 214 : Soutien de la politique de l'éducation nationale						
Académies	Support d'emploi médecin conseiller technique	Médecins de l'éducation nationale conseillers techniques (personne physique)	Ecart entre les supports d'emploi et les postes pourvus	Support d'emploi infirmier conseiller technique	Infirmiers conseillers techniques (personne physique)	Ecart entre les supports d'emploi et les postes pourvus
AIX-MARSEILLE		5	0		5	0
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1	3	2	1	1	0
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN	4	2	-2	4	4	0
AMIENS		3	-1		3	-1
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1	1	0	1	1	0
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN	3	2	-1	3	2	-1
BESANCON		4	-1		5	0
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1		-1	1	1	0
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN	4	4	0	4	4	0
BORDEAUX		2	-4		7	1
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1	1	0	1	2	1
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN	5	1	-4	5	5	0
CAEN		2	-2		3	-1
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1	1	0	1	1	0
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN	3	1	-2	3	2	-1
CLERMONT-FERRAND		4	-2		6	1
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1	2	1	1	1	0
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN	4	2	-2	4	5	1
CORSE		1	0			0
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1	1	0	1	0	0
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN	0		0	0	0	0

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

CRETEIL		3	-2		6	2
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1	1	0	1	2	1
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN	3	2	-1	3	4	1
DIJON		1	-2		5	0
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1		-1	1	1	0
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN	4	1	-3	4	4	0
GRENOBLE		4	-2		6	0
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1	1	0	1	1	0
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN	5	4	-1	5	5	0
GUADELOUPE		1	0		1	0
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1	1	0	1	1	0
GUYANE			-2		1	0
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1		-1	1	1	0
LILLE		2	-2		8	3
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1		-1	1	3	2
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN	2	2	0	2	3	1
LIMOGES		2	-2		3	-1
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1		-1	1	1	0
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN	3	2	-1	3	2	-1
LYON		5	1		0	-4
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1	1	0	1	0	-1
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN	3	4	1	3	0	-3
MARTINIQUE			-2		1	0
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1		-1	1	1	0
MAYOTTE			-2		1	0
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1		-1	1	1	0

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

MONTPELLIER		4	-2		7	1
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1	1	0	1	2	1
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN	5	3	-2	5	5	0
NANCY-METZ		4	-2		5	0
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1	1	0	1	1	0
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN	4	3	-1	4	4	0
NANTES		3	-2		7	1
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1		-1	1	2	1
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN	5	3	-2	5	5	0
NICE		3	0		2	-1
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1	1	0	1	1	0
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN	2	2	0	2	1	-1
ORLEANS-TOURS		2	-2		7	0
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1	1	0	1	1	0
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN	6	1	-5	6	6	0
PARIS		2	1		5	4
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1	2	1	1	5	4
POITIERS		3	-2		5	0
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1	1	0	1	1	0
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN	4	2	-2	4	4	0
REIMS		1	-2		5	0
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1		-1	1	1	0
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN	4	1	-3	4	4	0
RENNES		5	0		5	0
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1	1	0	1	1	0
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN	4	4	0	4	4	0
REUNION		1	0		1	0
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1	1	0	1	1	0

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

ROUEN		1	-2		2	-1
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1		-1	1		-1
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN	2	1	-1	2	2	0
STRASBOURG			-2		4	1
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1		-1	1	4	3
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN	2		-2	2		-2
TOULOUSE		7	-2		9	0
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1	2	1	1	1	0
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN	8	5	-3	8	8	0
VERSAILLES		4	-2		9	4
RECTORAT ET SERVICES RECTORAUX	1		-1	1	2	1
SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EN	4	4	0	4	7	3
Total général		81			137	

Source : Mission sur la base de : Effectif filière santé sociale MENJ au 1 octobre 2022 - annuaires SIRH

Tableau 22 : Explication et synthèse quantitative du tableau ci-dessus

<i>Fourchette</i>	Ecart entre les supports d'emploi de médecins de l'éducation nationale conseillers techniques et les postes pourvus	Académies concernées	Ecart entre les supports d'emploi d'infirmiers conseillers techniques et les postes pourvus	Académies concernées
<i>Sous-effectif</i>	< 0	23	< 0	6
<i>Effectif égal au support d'emploi</i>	égal à 0	6	égal à 0	16
<i>Sureffectif</i>	> à 0	2	> à 0	9

Source : Mission

ANNEXE 5 : Recrutement de médecins de l'éducation nationale titulaires entre 2013 et 2023

[95] Les données regroupées ici documentent l'attractivité faible et déclinante des concours de recrutement de médecins de l'éducation nationale. Pour chacun des exercices considérés, le nombre d'admis au concours est supérieur au nombre de postes finalement pourvus à ce titre. Les voies réservées d'accès au concours n'ont conduit à aucun recrutement.

[96] Enfin et surtout, le ratio postes pourvus / postes ouverts est constamment inférieur ou au mieux, égal à 50 % depuis 2014. Il est couramment de l'ordre du tiers, voire du quart.

Tableau 23 : Recrutement de médecins de l'éducation nationale entre 2013 et 2023

	Nombre de postes offerts au concours pour le recrutement de médecins de l'éducation nationale	Nombre d'admis au concours	Postes pourvus à ce titre	En outre, postes offerts aux bénéficiaires de l'obligation d'emploi ⁶⁶	Postes pourvus à ce titre	Postes proposés aux bénéficiaires du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre	Postes pourvus à ce titre	Total annuel des postes ouverts au titre de l'année considérée	Total des postes pourvus au titre de l'année considérée	Postes pourvus/ Postes ouverts, ratio
Arrêté du 23 février 2023 fixant au titre de l'année 2023 le nombre de postes offerts au concours de recrutement de médecins de l'éducation nationale	27	12	n.d.	n.d.	n.d.	3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Arrêté du ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports en date du 19 janvier 2022	54	16	14	6	0	4	0	64	14	22 %⁶⁷

⁶⁶ Bénéficiaires de l'obligation d'emploi mentionnée à l'article 27 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, en vigueur jusqu'au 1^{er} mars 2022.

⁶⁷ Constat provisoire selon la DGRH.

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

Arrêté du ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports en date du 21 janvier 2021	52	28	26	6	0	3	0	61	26	43 %
Arrêté du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse en date du 13 janvier 2020	55	18	17	5	0	3	0	63	17	27 %
Arrêté du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse en date du 25 janvier 2019	56	24	20	4	0			60	20	33 %
Arrêté du ministre de l'éducation nationale en date du 24 janvier 2018	56	35	30	4	0			60	30	50 %
Arrêté de la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du 14 février 2017	80	20	18	10	3			90	21	23 %

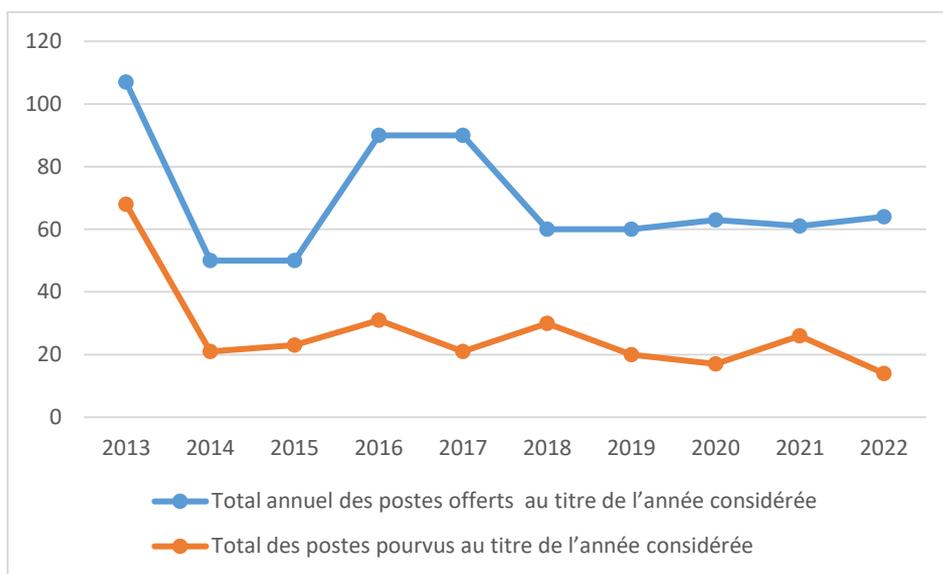
RAPPORT IGAS N°2022-074R / IGESR N°22-23 034A

Arrêté de la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du 12 janvier 2016	56	34	31	34 ⁶⁸	0			90	31	34 %
Arrêté de la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du 20 mars 2015	47	22	21	3	2			50	23	46 %
Arrêté du ministre de l'éducation nationale en date du 14 mars 2014	47	n.d.	18	3	3			50	21	42 %
Arrêté du ministre de l'éducation nationale en date du 11 mars 2013	47		21	60	47			107	68	64 %

Source : Arrêtés publiés, pour les colonnes renseignant le nombre de postes offerts ; rapports des jurys pour le nombre d'admis ; MENJ DGRH C1-1, 27 mars 2023 s'agissant du nombre de postes pourvus

⁶⁸ 4 postes au titre de l'arrêté initial et 30 au titre d'un arrêté complémentaire : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031914826?isAdvancedResult=&page=3&pageSize=10&query=M%C3%A9decin+de+l%27%C3%A9ducation+nationale&searchField=ALL&searchProximity=&searchType=ALL&tab_selection=all&typePagination=DEFAULT

Graphique 1 : Evolution du nombre de postes de médecins offerts au concours et du nombre de postes pourvus entre 2013 et 2022



Source : Mission, sur la base des données MENJ DGRH C1-1 – 27 mars 2023 ; rapports des jurys.

ANNEXE 6 : Rémunération des médecins et infirmiers de l'éducation nationale

SOMMAIRE

1	DONNEES COMPARATIVES RELATIVES A LA REMUNERATION DES MEDECINS DE L'EDUCATION NATIONALE	106
2	DONNEES COMPARATIVES RELATIVES A LA REMUNERATION DES INFIRMIERS DE L'EDUCATION NATIONALE	110
3	AU REGARD DE CES DONNEES, MODALITES POSSIBLES D'UNE REVALORISATION FINANCIERE DES PROFESSIONS DE MEDECINS ET INFIRMIERS SCOLAIRES	112

[97] En réponse aux demandes formulées par la mission, la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) a fourni en février 2023 les données permettant de situer la rémunération des médecins et infirmiers de l'éducation nationale comparativement à celle d'autres corps de médecins et infirmiers au sein de la fonction publique. Ces données devraient être analysées plus finement au regard de conditions et temps de travail pouvant différer d'un corps à l'autre. Elles documentent cependant une rémunération comparativement basse des médecins, comme des infirmiers, de l'éducation nationale.

1 Données comparatives relatives à la rémunération des médecins de l'éducation nationale

[98] Les données fournies par la DGAFP confirment la rémunération comparativement basse des médecins de l'éducation nationale pointée par de précédents rapports : parmi les médecins des trois fonctions publiques⁶⁹, en rémunération brute mensuelle traitement plus primes⁷⁰, le synoptique ci-dessous positionne les médecins de l'éducation nationale comme les plus mal rémunérés ; la rémunération apparemment plus basse des médecins des sapeurs-pompiers professionnels n'inclut en effet pas les données relatives aux primes, non disponibles.

[99] L'écart négatif est notamment marqué, pour chaque grade, entre les médecins de l'éducation nationale et les médecins territoriaux, même si ce constat mériterait d'être précisé dans la mesure où le comparatif reçu présume atteints pour tous les médecins territoriaux les plafonds réglementaires. Cet écart provient pour l'essentiel des régimes de primes ; en effet les grilles indiciaires sont globalement comparables, à l'exception d'un échelon spécial supplémentaire au dernier grade pour les médecins de la fonction publique territoriale⁷¹. La rémunération différentielle entre médecins de l'éducation nationale et médecins territoriaux peut au demeurant constituer l'un des facteurs explicatifs des difficultés moindres de recrutement de médecins pour la PMI qu'au ministère de l'éducation nationale.

⁶⁹ Fonction publique d'Etat, fonction publique territoriale et fonction publique hospitalière. Pour les praticiens hospitaliers, le synoptique fourni considère que le praticien n'exerce aucune activité libérale et perçoit en conséquence une prime « d'engagement de service public exclusif », et qu'il perçoit par ailleurs une prime d'exercice territorial de 250€ (montant minimal). De façon générale, à la rémunération des praticiens hospitaliers peuvent s'ajouter d'autres indemnités (gardes) mais aussi des revenus découlant d'une activité libérale.

⁷⁰ Les primes prises en compte comprennent à la fois les indemnités mensuelles mais aussi, lissées, les éventuelles primes annuelles (exemple du CIA).

⁷¹ Note de la DGCL transmise par la DGAFP. La grille indiciaire des médecins territoriaux est fixée par le décret 2014-924 du 18/08/2014.

Médecins salariés dans les trois fonctions publiques, traitement indiciaire brut + primes, mensuel

Rémunération brute mensuelle (traitement + primes)	FONCTION PUBLIQUE DE L'ETAT						FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE						FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE			
	MEDECIN DE L'EDUCATION NATIONALE			MEDECIN INSPECTEUR DE SANTE PUBLIQUE			MEDECIN TERRITORIAL			MEDECINS DES SAPEURS-POMPIERS PROFESSIONNELS			PRATICIENS HOSPITALIERS		INTERNES	
	G1	G2	G3	G1	G2	G3	G1	G2	G3	G1	G2	G3				
11 300 €																
11 200 €																
11 100 €																
11 000 €																
10 900 €																
10 800 €																
10 700 €																
10 600 €																
10 500 €																
10 400 €																
10 300 €																
10 200 €																
10 100 €																
10 000 €																
9 900 €																
9 800 €																
9 700 €																
9 600 €																
9 500 €																
9 400 €																
9 300 €																
9 200 €																
9 100 €																
9 000 €																
8 900 €																
8 800 €																
8 700 €																
8 600 €																
8 500 €																
8 400 €																
8 300 €																
8 200 €																
8 100 €																
8 000 €																
7 900 €																
7 800 €																
7 700 €																
7 600 €																
7 500 €																
7 400 €																
7 300 €																
7 200 €																
7 100 €																
7 000 €																
6 900 €																
6 800 €																
6 700 €																
6 600 €																
6 500 €																
6 400 €																
6 300 €																
6 200 €																
6 100 €																
6 000 €																
5 900 €																
5 800 €																
5 700 €																
5 600 €																
5 500 €																
5 400 €																
5 300 €																
5 200 €																
5 100 €																
5 000 €																
4 900 €																
4 800 €																
4 700 €																
4 600 €																
4 500 €																
4 400 €																
4 300 €																
4 200 €																
4 100 €																
4 000 €																
3 900 €																
3 800 €																
3 700 €																
3 600 €																
3 500 €																
3 400 €																
3 300 €																
3 200 €																
3 100 €																
3 000 €																
2 900 €																
2 800 €																
2 700 €																
2 600 €																
2 500 €																
2 400 €																
2 300 €																
2 200 €																
2 100 €																
2 000 €																

[100] Au sein de la fonction publique de l'Etat (FPE), les tableaux ci-dessous, fournissant un comparatif 2020⁷² entre les rémunérations des médecins de l'éducation nationale et celles des médecins inspecteurs de santé publique (MEN / MISP) montrent que les MEN étaient plus mal rémunérés, pour chaque grade, que les MISP :

Tableau 24 : Mise en regard 2020 des rémunérations des MEN et MISP, DGAFP

MEDECINS DE L'EDUCATION NATIONALE - ANNEE 2020						
Grade	ETPT	Traitement brut moyen/ETPT	RIFSEEP moyen/ETPT			% indemnitaire/TIB
			IFSE	CIA	TOTAL	
MEDECIN EDUC.NAT.2C	300	42 205 €	9 420 €	768 €	10 188 €	24 %
MEDECIN EDUC.NAT.1C	335	48 290 €	9 706 €	782 €	10 488 €	22 %
MEDECIN EDUC.NAT.HC	124	58 301 €	9 945 €	830 €	10 776 €	18 %

MEDECINS INSPECTEUR DE SANTE PUBLIQUE - ANNEE 2020						
Grade	ETPT	Traitement brut moyen/ETPT	RIFSEEP moyen/ETPT			% indemnitaire/TIB
			IFSE	CIA	TOTAL	
MISP	3	46 331 €	17 283 €	1 668 €	18 951 €	41 %
MISP CH	11	53 769 €	17 275 €	1 260 €	18 535 €	34 %
MISP GAL	33	64 792 €	19 581 €	1 462 €	21 043 €	32 %

Source : DGAFP, INDIA PSOP 2020

[101] La mise en regard des rémunérations moyennes servies, en 2021, aux médecins relevant de neuf ministères employeurs et par la fonction publique hospitalière confirme le niveau défavorable de la rémunération des MEN :

⁷² Et donc hors mesures différentielles de revalorisation engagées depuis le cas échéant.

Tableau 25 : Rémunération moyenne des médecins par ministère employeur

Ministère employeur	Classe	Traitement brut	RIFSEEP (IFSE + CIA)	Rémunération totale	ETPT	nb d'agents	montant global
Transition écologique	MEDECIN GENERALISTE SANTE PUBLIQUE	65 670 €	33 715 €	99 386 €	2	3	161 229 €
Education nationale	MEDECIN GENERALISTE SANTE PUBLIQUE	66 456 €	21 650 €	88 107 €	2	2	167 403 €
Intérieur	MEDECIN CONTRACTUEL	85 344 €		85 344 €	8	13	671 231 €
Économie, finances et relance	MEDECIN CONTRACTUEL	81 655 €		81 655 €	102	116	8 342 454 €
Transition écologique	MEDECIN INSPECTION SANTE PUBLIQUE	60 093 €	20 035 €	80 127 €	1	2	80 127 €
Solidarités et santé	MEDECIN CONTRACTUEL	78 234 €		78 234 €	11	14	847 538 €
Solidarités et santé	MEDECIN INSPECTION SANTE PUBLIQUE	55 143 €	19 093 €	74 236 €	44	73	3 241 087 €
Education nationale	MEDECIN Hors Classe	59 097 €	12 979 €	72 076 €	153	267	11 060 842 €
Education nationale	MEDECIN CONTRACTUEL SERVICES SCOLAIRES	55 849 €	10 954 €	66 803 €	130	265	8 658 040 €
Solidarités et santé	MEDECIN INSPECTION SANTE PUBLIQUE	66 001 €		66 001 €	103	145	6 772 645 €
Europe et affaires étrangères	MEDECIN CONTRACTUEL	65 960 €		65 960 €	1	1	65 960 €
Solidarités et santé	MEDECIN INSPECTION SANTE PUBLIQUE	44 259 €	17 826 €	62 084 €	17	6	1 054 605 €
Education nationale	MED.INSP.CH.SANT.PUB	46 673 €	15 124 €	61 796 €	1	1	61 796 €
Transition écologique	MEDECINS DES ARMEES	61 602 €		61 602 €			0 €
Education nationale	MEDECIN 1ère Classe	47 921 €	12 454 €	60 375 €	322	569	19 537 697 €
Enseignement supérieur	MEDECIN CONTRACTUEL	42 575 €		42 575 €	71	104	3 906 848 €
Education nationale	MEDECIN 2ème Classe	42 273 €	12 013 €	54 286 €	235	420	12 793 574 €
Justice	MEDECIN CONTRACTUEL	43 291 €		43 291 €	22	30	963 215 €
Hôpitaux	MEDECINS	62 219 €	15 970 €	78 189 €		95 476	

Source : « Fiche de synthèse sur la rémunération moyenne des médecins et infirmiers en 2021 », DGAFP février 2023 - Données extraites sur l'année complète 2021 ; requête sur le traitement brut et sur le régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement (RIFSEEP)

[102] Enfin, s'agissant de la rémunération des missions de travail temporaire de médecins dans les établissements publics de santé, l'arrêté du 24 novembre 2017⁷³ fixe à 1170,04 euros le montant du plafond journalier du salaire brut pour 24 heures de travail effectif, hors remboursement éventuel des frais professionnels. Ce plafond journalier a été porté à 1 389,83 euros par l'arrêté du 30 mars 2023.

[103] **Globalement, le paysage des rémunérations médicales retracé par les données transmises est donc désincitatif de la voie de la médecine scolaire ; c'est le cas même pour les professionnels faisant le choix d'une souplesse ponctuelle ou régulière de leur temps de travail via le bénéfice des congés scolaires**, ce qui est le cas d'une partie au moins des personnels de santé de l'éducation nationale, selon les interlocuteurs rencontrés. Aux termes de la circulaire relative au temps de travail⁷⁴, les éléments du temps de travail énumérés dans ce document sont répartis sur une période de 36 semaines d'activité pour les personnels infirmiers – ce qui correspond au nombre de semaines de cours dans le temps scolaire⁷⁵, et sur 38 semaines d'activité pour les médecins et personnels sociaux.

[104] A cet égard, il convient de préciser que la circulaire relative au temps de travail, dans son chapitre regardant les personnels « sociaux et de santé » et notamment les médecins et infirmiers, apparaît en grand décalage avec la réalité actuelle des modalités de travail, s'agissant au moins des médecins. Aux termes de cette circulaire, 90 % de la durée annuelle de travail correspondrait à des activités liées à la présence des élèves ou des étudiants⁷⁶ ; sans que le sens de l'expression «

⁷³ https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000036086591?r=6Tza6WYdHD

⁷⁴ Circulaire n° 2002-007 du 21 janvier 2002 : obligations de service des personnels IATOSS et d'encadrement, exerçant dans les services déconcentrés ou établissements relevant du MENJ.

⁷⁵ Par exemple, pour l'année scolaire 2021-2022, sur 52 semaines, 36 semaines de cours et 16 semaines de congés.

⁷⁶ « Pour ces personnels, les obligations de service déclinées sur la base de 1 586 heures dans les conditions définies au point 2.1 de la présente circulaire, se décomposent en deux éléments selon les modalités suivantes : a) 90 % de la durée annuelle de travail correspondent à des activités liées à la présence des élèves ou des étudiants.

activités liées à la présence des élèves » soit très clair, toutes les investigations menées montrent au contraire que pour les médecins de l'éducation nationale, une partie importante voire majoritaire de leur activité se déroule désormais hors la présence des élèves (avis médicaux portés sur les PAP à partir de fiches de renseignements complétées par l'équipe éducative et les parents sans rencontrer les élèves ; avis sur les attestations concernant les travaux réglementés sur la base de dossier pour les élèves de 2ème et 3ème année, instances et réunions diverses).

[105] Pour préciser les données relatives aux rémunérations il conviendrait de leur intégrer, le cas échéant, les mesures récentes de revalorisation relatives aux rémunérations dans les différents corps concernés. S'agissant des médecins de l'éducation nationale, la note MEN / DGRH 2021-0021 indique qu'en 2021, dans le cadre du Grenelle de l'éducation, les personnels de la filière médicale ont bénéficié de gains indemnitaires bruts moyens à hauteur de 1700 € pour les MEN et de 2700 € pour les MEN conseillers techniques (MEN CT)⁷⁷ ; elle annonce au titre de 2022 une nouvelle mesure indemnitaire permettant à l'ensemble des MEN et MEN CT de bénéficier d'une revalorisation forfaitaire d'un montant annuel brut de 3000 €.

2 Données comparatives relatives à la rémunération des infirmiers de l'éducation nationale

[106] Les données 2021 communiquées par la DGAFP, en traitement brut plus RIFSEEP et hors le cas échéant primes spécifiques de service, permettent de comparer les rémunérations des infirmiers au sein de la fonction publique d'Etat par ministère employeur. Il en ressort, dans le cadre de la comparaison menée entre neuf ministères employeurs, que :

- Les différences de traitement brut sont modérées, mais en comparaison RIFSEEP inclus, les rémunérations annuelles moyennes des infirmiers hors classe de l'Education nationale sont les plus faibles (39 839€ contre 47 262€ pour les infirmiers hors classe Europe et affaires étrangères et 46 911€ pour les infirmiers hors classe pour les infirmiers du ministère de l'économie, des finances et de la relance, pour citer les deux catégories les mieux rémunérées)
- Pour les infirmiers de classe supérieure, en comparaison RIFSEEP inclus, les infirmiers de l'Education nationale sont en avant-dernière position des rémunérations (position 9 sur 10)

b) 10 % de la durée annuelle de travail sont répartis sur les autres activités suivantes :

- la participation aux instances et réunions diverses en dehors des horaires de travail définis dans le cadre du cycle considéré

- la réalisation de bilans et rapports ;

- les éventuelles interventions d'urgence des médecins et des personnels sociaux en dehors de l'horaire consacré aux élèves et aux étudiants ;

- la documentation personnelle ainsi que la réalisation de travaux personnels à vocation professionnelle. »

⁷⁷ Provenant d'une revalorisation forfaitaire de 1 300 € pour les MEN et de 2 500 € pour les MEN CT, et d'une revalorisation des personnels dont les IFSE étaient les plus faibles « pour assurer une certaine convergence indemnitaire entre les académies et entre les personnels, représentant un gain annuel moyen brut de 390 € pour les MEN et de 240 € pour les MEN CT ».

- Pour les infirmiers de classe normale, en comparaison RIFSEEP inclus, les rémunérations des infirmiers de l'Education nationale sont en position 9 sur 11.

[107] **Les infirmiers de l'éducation nationale étaient donc en 2021 parmi les moins bien rémunérés au sein de la fonction publique d'Etat, sous réserve d'éventuelles primes spécifiques de service.** Les écarts relèvent pour l'essentiel du « régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel » (RIFSEEP) et de l'absence de gestion interministérielle de ce dispositif instauré par le décret n° 2014-513 du 20 mai 2014 ; si le RIFSEEP vise en principe à homogénéiser les rémunérations indemnitaires à compétences et responsabilités équivalentes, ce principe est mis en échec par l'absence persistante d'homogénéisation, d'un ministère à l'autre et d'un corps à l'autre, des enveloppes financières correspondant aux rémunérations indemnitaires⁷⁸.

[108] S'agissant **des rémunérations des infirmiers de l'éducation nationale comparées avec celles des infirmiers territoriaux**, une fiche établie conjointement par la DGAFP et la direction générale des collectivités locales (DGCL) indique que les grilles indiciaires sont identiques⁷⁹. Cette fiche ne fournit pas de comparaison terme à terme des rémunérations indemnitaires, mais indique que les infirmiers territoriaux bénéficient d'un complément de traitement indiciaire (CTI) et d'une prime de revalorisation.

Tableau 26 : Infirmiers de l'Education nationale, rémunération moyenne 2021

Classe	Traitement brut	RIFSEEP	Rémunération totale	ETPT	Nb d'agents	Montant global
Infirmier hors classe	34 612	5 227	39 839	1 192	1 628	47 652 024
Infirmier classe supérieure	30 719	5 012	35 731	1 999	2 931	71 635 257
Infirmier classe normale	27 019	4 863	31 882	3 821	5 991	122 353 096
TOTAL	-	-	-	7 012	10 550	241 640 377

Source : Extraction par la mission des lignes « Education nationale » dans le document DGAFP intitulé « Fiche de synthèse sur la rémunération moyenne des médecins et infirmiers en 2021 »

[109] Pour préciser ces données il conviendrait de leur intégrer, le cas échéant, les mesures récentes de revalorisation relatives aux rémunérations des différents corps concernés. S'agissant des infirmiers de l'éducation nationale, la note MEN / DGRH 2021-0021 indique que, outre leur revalorisation indiciaire dans le cadre de la transposition du Ségur de la santé, les personnels

⁷⁸ « Chaque département ministériel développe une politique et une architecture indemnitaire propre. Certains ministères sont plus généreux que d'autres. Ces inégalités contribuent à figer les affectations. » (Rapport IGA-IGAS-IGF intitulé « Affectation et mobilité des fonctionnaires sur le territoire », septembre 2013).

⁷⁹ Pour les infirmiers territoriaux, cf. décret n° 2012/1421 du 18 décembre 2012.

infirmiers ont bénéficié dans le cadre du Grenelle de l'éducation d'une revalorisation indemnitaire moyenne de 400 € annuels bruts ; elle annonce au titre de 2022 une nouvelle mesure indemnitaire forfaitaire d'un montant annuel brut de 700 euros pour l'ensemble des personnels infirmiers.

3 Au regard de ces données, modalités possibles d'une revalorisation financière des professions de médecins et infirmiers scolaires

[110] Ces données soulignent globalement la pertinence d'une revalorisation financière des rémunérations des médecins et infirmiers scolaires.

[111] Sous réserve que les directions en charge affinent le cadre d'une telle mesure, une attractivité financière accrue des postes de médecins scolaires peut être menée au sein de la fonction publique d'Etat, dans le cadre par exemple d'un alignement sur la rémunération des médecins inspecteurs de santé publique. Plus généralement, deux voies le cas échéant cumulatives de réforme seraient porteuses de cohérence : l'alignement des grilles indiciaires entre corps aux sujétions comparables ; l'homogénéisation effective des régimes de primes. S'agissant du RIFSEEP, l'alignement pertinent, d'un ministère à l'autre notamment, ne peut se limiter aux planchers et plafonds, peu significatifs des rémunérations globales ; pour être effectif l'alignement devrait prendre en compte les moyennes ou médianes.

[112] L'accueil des médecins scolaires dans le cadre d'emploi des médecins territoriaux conduirait *ipso facto* à une revalorisation de la rémunération des médecins scolaires, sous réserve d'une prise en compte précise des primes de service. Dans le cadre de grilles indiciaires et rémunérations indemnitaires non homogénéisées entre corps comparables, les pouvoirs publics hésitent souvent à procéder à des réévaluations catégorielles en raison des demandes reconventionnelles induites. L'accueil des médecins scolaires dans le cadre d'emploi des médecins territoriaux équivaldrait à conférer une attractivité financière supérieure à la profession sans générer ce type de difficulté.

ANNEXE 7 : Etude des objectifs et indicateurs de la santé scolaire via le programme budgétaire 230 « Vie de l'élève »

SOMMAIRE

1	LA SANTE SCOLAIRE DANS LES PROGRAMMES BUDGETAIRES DE L'EDUCATION NATIONALE.....	114
2	LES INDICATEURS DE LA POLITIQUE DE SANTE SCOLAIRE RETENUS AU PROGRAMME 230	115

Projets annuels de performance successifs pour les dix dernières années

1 La santé scolaire dans les programmes budgétaires de l'éducation nationale

[113] La santé scolaire relève budgétairement, selon la DGESCO, du programme 230 intitulé « Vie de l'élève ». De façon constante sur les dix dernières années, le programme 230 comporte deux objectifs, dont l'un regarde la santé scolaire.

[114] Cet objectif était intitulé « **Promouvoir la santé des élèves** » jusqu'au projet de loi de finances pour 2013 inclus. A partir du PLF 2014 il a été intitulé « **Promouvoir la santé des élèves et contribuer à améliorer leur qualité de vie** » : aux termes du PLF 2014, « le nouvel objectif 2 réunit les anciens objectifs 2 (« Promouvoir la santé des élèves ») et 3 (« Contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des élèves en général et des élèves à besoins éducatifs particuliers »). Cette fusion souligne la nécessaire action conjointe des personnels enseignants, d'éducation et de santé, chacun selon les responsabilités propres à ses fonctions, qu'il s'agisse de détecter des troubles préjudiciables aux apprentissages ou de développer une éducation à la santé permettant à l'élève d'être acteur de sa propre santé ».

[115] Le programme 230 regroupe en principe l'ensemble des moyens et actions relatifs à la santé scolaire ; l'explicitation de l'objet d'autres programmes indique que ce n'est pas le cas⁸⁰.

[116] Ainsi, le programme 143 « Enseignement technique agricole » comporte notamment un objectif intitulé « Optimiser la gestion de la formation initiale scolaire », dont le niveau d'atteinte est mesuré, aux termes du PLF 2023, par l'indicateur « Dépense de l'État pour la formation d'un élève ou étudiant de l'enseignement agricole technique », introduit à l'occasion du PLF 2023. Il rend compte de la gestion de la formation initiale scolaire et concerne l'ensemble de l'enseignement agricole technique, secteurs public et privé. » Il est précisé qu'il « s'agit d'un coût complet pour l'État, prenant en compte les dépenses de personnel mais également l'organisation des examens, **les visites médicales des élèves en stage, l'aide aux élèves en situation de handicap, les subventions aux établissements du privé ou encore la réparation des accidents du travail.** » Les interventions correspondantes ne sont pas retracées par un indicateur spécifique.

[117] Le programme 141 « Enseignement scolaire public du second degré », dont l'un des objectifs est de « conduire le maximum de jeunes aux niveaux de compétences attendues en fin de formation initiale et à l'obtention des diplômes correspondants », comporte un indicateur « scolarisation des élèves du second degré en situation de handicap ».

⁸⁰ Cf. aussi annexe 4, effectifs et cadre d'action.

INDICATEUR

1.7 – Scolarisation des élèves du second degré en situation de handicap

(du point de vue de l'utilisateur)

	Unité	2020	2021	2022 (Cible PAP 2022)	2023 (Cible)	2024 (Cible)	2025 (Cible)
Taux de couverture des notifications d'affectation en ULIS	%	82,2	81,3	92	91	93	95
Pour information : Nombre de notifications d'affectation en ULIS	Nb	54 988	57 303	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet
Pour information : Proportion d'élèves en situation de handicap parmi les élèves de collège	%	4,4	4,7	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet
Pour information : Proportion d'élèves en situation de handicap parmi les élèves de LEGT	%	1,1	1,2	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet
Pour information : Proportion d'élèves en situation de handicap parmi les élèves de LP	%	5,1	5,8	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet
Pourcentage de postes spécialisés en ULIS occupés par des enseignants spécialisés ou en cours de spécialisation	%	79,3	76,2	88	82	84	86

Précisions méthodologiques

Source des données : MENJ-DEPP-DGESCO

2 Les indicateurs de la politique de santé scolaire retenus au programme 230

[118] Le suivi de l'objectif fusionné intitulé « Promouvoir la santé des élèves et contribuer à améliorer leur qualité de vie » a été effectué sur la période, hors un exercice, par trois indicateurs relatifs au programme 230 :

- l'un dédié de façon générale à la santé scolaire et basé, de façon non homogène dans le temps, sur le taux de réalisation du bilan de la 6ème année, hors le PLF 2023 qui introduit également d'autres indicateurs (*cf. infra*) ;
- le second constitué par la « *qualité de vie perçue des élèves de troisième* » ;
- le dernier rendant compte du « *taux de couverture des prescriptions des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées pour la scolarisation des élèves en situation de handicap* ».

[119] Seul le premier de ces indicateurs retrace exclusivement l'action de l'Education nationale.

[120] **Son champ a été marqué en 2017 (PLF 2018) par trois limitations majeures :**

- alors que jusque-là l'indicateur renseignait à la fois sur les taux de réalisation des bilans pour l'ensemble des élèves d'une part, pour les élèves situés au sein de l'éducation prioritaire d'autre part (programme Eclair jusqu'en 2015, REP+ ensuite), **à partir de 2018 il a été ciblé exclusivement sur les zones d'éducation prioritaire (REP et REP+) ;**
- jusqu'en 2017 le champ de l'indicateur était constitué de l'enseignement public et privé ; **à partir de 2018, il a été limité à l'enseignement public ;**

- jusqu'en 2017 l'indicateur retraçait la proportion d'élèves ayant bénéficié du bilan de santé (dont les modalités sont définies par arrêté interministériel) dans leur 6ème année ; à partir de 2018 il ne s'est plus agi que de la proportion d'élèves ayant bénéficié **d'une visite médicale** dans leur 6ème année. Les indications fournies dans les documents budgétaires successifs ne permettent cependant pas de savoir si les données antérieures à 2017 concernaient bien le bilan de la sixième année, effectué par un médecin. Ainsi, selon le PAP joint en 2016 au PLF 2017 cet indicateur comptabilisait alors les élèves « *ayant bénéficié d'une visite médicale et/ou d'un dépistage infirmier* », alors que le cadre normatif exige pour la 6^{ème} année la passation d'un bilan de santé conduit par un médecin⁸¹.

[121] Pour mémoire, le code de l'éducation, ainsi que l'arrêté interministériel éducation nationale / santé du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires, disposent que la visite médicale de la sixième année est obligatoire pour tous les enfants, pas uniquement pour ceux qui sont scolarisés dans tel ou tel endroit. Le champ de l'indicateur tel que défini depuis 2017 ne recouvre donc qu'une partie de l'obligation réglementaire.

[122] La maquette budgétaire relative à cet indicateur a cependant de nouveau évolué dans le PLF 2023 : outre la proportion d'élèves en éducation prioritaire ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur sixième année, sont présentés « pour information » quatre autres indicateurs : le pourcentage d'élèves ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur sixième année hors éducation prioritaire ; le pourcentage d'élèves dans leur 6e année dont les dossiers médicaux ont été analysés par un médecin de l'éducation nationale en éducation prioritaire ; le pourcentage d'élèves ayant bénéficié d'un dépistage infirmier dans leur 12e année ; et le pourcentage d'élèves dans leur 6e année dont les dossiers médicaux ont été analysés par un médecin de l'éducation nationale hors éducation prioritaire. Le PLF 2023 ne permet pour autant de suivre aucun de ces indicateurs, tous assortis de la mention « non connu » et les prévisions correspondantes de la mention « non renseigné ».

⁸¹ Cf. annexe 2, cadre normatif.

Tableau 27 : PAP⁸² du programme 230, objectif « *Promouvoir la santé des élèves* » (jusqu'en 2013) puis « *Promouvoir la santé des élèves et contribuer à améliorer leur qualité de vie* » : évolution des indicateurs

	Indicateur 2.1	Indicateur 2.2	Indicateur 2.3	Indicateur 2.4
Année 2022 (PLF 2023)	2.1 – Proportion d'élèves des écoles en éducation prioritaire ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6 ^{ème} année	2.2 Qualité de vie perçue des élèves de troisième	2.3 Taux de couverture des prescriptions des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées pour la scolarisation des élèves en situation de handicap	
	Pour information : élèves ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6 ^e année hors EP			
	Pour information : élèves dans leur 6 ^e année dont les dossiers médicaux ont été analysés par un médecin de l'éducation nationale en EP			
	Pour information : élèves dans leur 6 ^e année dont les dossiers médicaux ont été analysés par un médecin de l'éducation nationale hors EP			
	Élèves ayant bénéficié d'un dépistage infirmier dans leur 12 ^e année			
Année 2021 (PLF 2022)	2.1 – Proportion d'élèves des écoles en éducation	2.2 Qualité de vie perçue des élèves de troisième	2.3 Taux de couverture des prescriptions des commissions des	

⁸² Projet annuel de performances, annexé chaque année au projet de loi de finances

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

	prioritaire ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6ème année		droits et de l'autonomie des personnes handicapées pour la scolarisation des élèves en situation de handicap	
Année 2020 (PLF 2021)	2.1 – Proportion d'élèves des écoles en éducation prioritaire ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6ème année	2.2 Qualité de vie perçue des élèves de troisième	2.3 Taux de couverture des prescriptions des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées pour la scolarisation des élèves en situation de handicap	
	a) élèves des écoles en REP+			
	b) élèves des écoles en REP			
Année 2019 (PLF 2020)	2.1 – Proportion d'élèves des écoles en éducation prioritaire ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6ème année	2.2 Qualité de vie perçue des élèves de troisième	2.3 Taux de couverture des prescriptions des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées pour la scolarisation des élèves en situation de handicap	
	a) élèves des écoles en REP+			
	b) élèves des écoles en REP			
Année 2018 (PLF 2019)	2.1 – Proportion d'élèves des écoles en éducation prioritaire ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6ème année	2.2 Qualité de vie perçue des élèves de troisième	2.3 Taux de couverture des prescriptions des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées pour la scolarisation des élèves en situation de handicap	
Année 2017 (PLF 2018)	2.1 – Proportion d'élèves des écoles en éducation prioritaire ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6ème année	2.2 Qualité de vie perçue des élèves de troisième	2.3 Taux de couverture des prescriptions des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées pour la scolarisation des élèves en situation de handicap	
	a) élèves des écoles en REP+			

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

	b) élèves des écoles en REP			
Année 2016 (PLF 2017)	2.1. Proportion d'élèves ayant bénéficié du bilan de santé dans leur 6ème année	2.2 Qualité de vie perçue des élèves de troisième	2.3 Taux de couverture des prescriptions des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées pour la scolarisation des élèves en situation de handicap	
	a : ensemble des élèves			
	b : élèves des écoles des REP+			
Année 2015 (PLF 2016)	2.1. Proportion d'élèves ayant bénéficié du bilan de santé dans leur 6ème année	2.2 Qualité de vie perçue des élèves de troisième	2.3 Taux de couverture des prescriptions des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées pour la scolarisation des élèves en situation de handicap	⁸³
	a : ensemble des élèves			
	b : élèves des écoles des REP+			
Année 2014 (PLF 2015)	2.1. Proportion d'élèves ayant bénéficié du bilan de santé dans leur 6ème année	2.2 Qualité de vie perçue des élèves de troisième	2.3 Taux de couverture des prescriptions des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées pour la scolarisation des élèves en situation de handicap	2.4. Pourcentage de postes spécialisés occupés par des enseignants spécialisés ou en cours de spécialisation
	a : ensemble des élèves			Pourcentage de postes spécialisés en CLIS

⁸³ PAP 230 PLF 2016 : « Dans l'objectif 2 : « Promouvoir la santé des élèves et contribuer à améliorer leur qualité de vie », l'indicateur du PAP 2015 « Pourcentage de postes spécialisés en CLIS ou en ULIS occupés par des enseignants spécialisés ou en cours de spécialisation » est transféré vers les programmes 140 et 141 sous la forme de deux sous-indicateurs au sein des indicateurs concernant la scolarisation des élèves en situation de handicap (indicateurs 140.1.5 et 141.1.7). Ces dispositifs collectifs relèvent en effet respectivement de ces programmes au plan budgétaire. A partir de la rentrée 2015, la dénomination d'« unité locale d'inclusion scolaire » est utilisée à tous les niveaux (Ulis école, Ulis collège et Ulis lycée ».

				occupés par des enseignants spécialisés ou en cours de spécialisation
	b : élèves des écoles du programme ECLAIR			Pourcentage de postes spécialisés en ULIS occupés par des enseignants spécialisés ou en cours de spécialisation
Année 2013 (PLF 2014)	2.1. Proportion d'élèves ayant bénéficié du bilan de santé dans leur 6ème année	2.2 Qualité de vie perçue des élèves de troisième	2.3 Taux de couverture des prescriptions des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées pour la scolarisation des élèves en situation de handicap	-
	a : ensemble des élèves			
	b : élèves des écoles du programme ECLAIR			
Année 2012 (PLF 2013)	2.1. Proportion d'élèves ayant bénéficié du bilan de santé dans leur 6ème année	-	-	-
	a : ensemble des élèves			
	b : élèves des écoles du programme ECLAIR ⁸⁴			

Source : Projets de loi de finances, exploitation mission

[123] Les données correspondant à l'indicateur 2.1. et retraçant donc la réalisation « du bilan de santé », puis à partir de 2017 « d'une visite médicale » présentent jusqu'au PLF 2017 inclus des résultats de l'ordre de 70 à 80 % d'élèves qui auraient bénéficié du bilan médical, avec des pourcentages généralement un peu plus élevés en zone d'éducation prioritaire. A partir du PLF 2018 qui comme on l'a vu restreint triplement le

⁸⁴ ÉCLAIR : Écoles, collèges et lycées pour l'ambition, l'innovation et la réussite.

champ de l'indicateur présenté, paradoxalement les résultats présentés chutent fortement pour s'établir, lorsqu'ils sont renseignés, généralement entre 40 et 50 % du sous-ensemble constitué des catégories d'élèves sélectionnées.

Tableau 28 : PAP du programme 230, objectif « Promouvoir la santé des élèves et contribuer à améliorer leur qualité de vie », indicateur 2.1, résultats présentés

	Indicateur 2.1	Réalisation n-1	Réalisation n		Prévision année n+ 1 année cible du PAP		
Année 2022 (PLF 2023)	2.1 – Proportion d'élèves des écoles en éducation prioritaire ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6ème année	2020 Réalisation Non connu	2021 Réalisation Non connu	2022 (Cible PAP 2022) Non déterminé	2023 (Cible) Non déterminé	2024 (Cible) Non déterminé	2025 (Cible) Non déterminé
	Pour information : élèves ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6e année hors EP	Non connu	Non connu	Non déterminé	Non déterminé	Non déterminé	Non déterminé
	Pour information : élèves dans leur 6e année dont les dossiers médicaux ont été analysés par un médecin de l'éducation nationale en EP	Non connu	Non connu	Non déterminé	Non déterminé	Non déterminé	Non déterminé
	Pour information : élèves dans leur 6e année dont les dossiers médicaux ont été analysés par un médecin de l'éducation nationale hors EP	Non connu	Non connu	Non déterminé	80	85	90
	Élèves ayant bénéficié d'un dépistage infirmier dans leur 12e année	Non connu	Non connu	Non déterminé	Non déterminé		
Année 2021 (PLF 2022)	2.1 – Proportion d'élèves des écoles en éducation prioritaire ayant	2019 Réalisation	2020 Réalisation	2021 Prévision PAP 2021	2021 Prévision actualisée	2022 Prévision	2023 Cible

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

	bénéficié d'une visite médicale dans leur 6ème année						
	a) élèves des écoles en REP+	57*	Non déterminé	Non déterminé	50	60	70
	b) élèves des écoles en REP	56*	Non déterminé	Non déterminé	50	60	70
Année 2020 (PLF 2021)	2.1 – Proportion d'élèves des écoles en éducation prioritaire ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6ème année	2018 Réalisation	2019 Réalisation	2020 Prévision PAP 2020	2020 Prévision actualisée	2021 Prévision	2023 Cible
	a) élèves des écoles en REP+	65*	57*	95	Non significatif	Non déterminé	Non déterminé
	b) élèves des écoles en REP	58*	56*	90	Non significatif	Non déterminé	Non déterminé
Année 2019 (PLF 2020)	2.1 – Proportion d'élèves des écoles en éducation prioritaire ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6ème année	2017 Réalisation	2018 Réalisation	2019 Prévision PAP 2019	2019 Prévision actualisée	2020 Prévision	2020 Cible
	a) élèves des écoles en REP+	52	65*	80	80	95	95
	b) élèves des écoles en REP	45	58*	80	75	90	95
Année 2018 (PLF 2019)	2.1 – Proportion d'élèves des écoles en éducation prioritaire ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6ème année	2016 Réalisation	2017 Réalisation	2018 Prévision PAP 2018	2018 Prévision actualisée	2019 Prévision	2020 Cible

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

	a) élèves des écoles en REP+	44,5	52	75	65	80	95
	b) élèves des écoles en REP	50,8	45	75	65	80	95
Année 2017 (PLF 2018)	2.1 – Proportion d'élèves des écoles en éducation prioritaire ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6ème année (%)	2016 ⁸⁵ Réalisation	2017 Réalisation	2018 Prévision PAP 2018	2018 Prévision actualisée PAP 2019	2018 Prévision	2020 Cible PAP 2018
	a) élèves des écoles en REP+	44,5	52	75	65	65*	95
	b) élèves des écoles en REP	50,8	45	75	65	58*	95
Année 2016 (PLF 2017)	2.1. Proportion d'élèves ayant bénéficié du bilan de santé dans leur 6ème année (%)	2014 Réalisation	2015 Réalisation	2016 Prévision PAP 2016	2016 Prévision actualisée	2017 Prévision	2017 Cible
	a : ensemble des élèves	75,8	71,7	85	76	80	90
	b : élèves des écoles des REP+	87,6	78,8	95	88	95	100
Année 2015 (PLF 2016)	2.1. Proportion d'élèves ayant bénéficié du bilan de santé dans leur 6ème année (%)	2013 Réalisation	2014 Réalisation	2015 Prévision PAP 2015	2015 Prévision actualisée	2016 Prévision	2017 Cible
	a : ensemble des élèves	79,3	75,8	86	80	85	90
	b : élèves des écoles des REP+	82,5	87,6	90	90	95	100
Année 2014 (PLF 2015)	2.1. Proportion d'élèves ayant bénéficié du bilan	2012 Réalisation	2013 Réalisation	2014 Prévision PAP	2014	2015 Prévision	2017 Cible

⁸⁵ Il s'agit bien de la réalisation 2016, le PLF 2018 ne précise pas le fondement de la modification de présentation (dans cette colonne, réalisation n-2 plutôt que n-1) ; à moins qu'il ne s'agisse d'une erreur de transcription et que, en cohérence avec la série statistique, il s'agisse ici des données 2015.

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

	de santé dans leur 6ème année (%)			2014	Prévision actualisée		
	a : ensemble des élèves	79,8*	79,3	86	83	86	90
	b : élèves des écoles du programme ECLAIR	83,4*	80*	95	85	90	100
Année 2013 (PLF 2014)	2.1. Proportion d'élèves ayant bénéficié du bilan de santé dans leur 6ème année	2011 Réalisation	2012 Réalisation	2013 Prévision PAP 2013	2013 Prévision actualisée	2014 Prévision	2015 Cible
	a : ensemble des élèves	70,9*	79,8	76	83	86	90
	b : élèves des écoles du programme ECLAIR	81*	83,4	90	90	95	100
Année 2012 (PLF 2013)	2.1. Proportion d'élèves ayant bénéficié du bilan de santé dans leur 6ème année	2010 Réalisation	2011 Réalisation	2012 Prévision PAP 2012	2012 Prévision actualisée	2013 Prévision	2015 Cible
	a : ensemble des élèves	72*	70,9*	82	74	76	80
	b : élèves des écoles du programme ECLAIR ⁸⁶	n.d.	81**	95	85	90	100

Source : Projets de loi de finances, exploitation mission

⁸⁶ ÉCLAIR : Écoles, collèges et lycées pour l'ambition, l'innovation et la réussite.

[124] Les explicitations relatives à l'élaboration de l'indicateur renseignent en creux sur l'absence de collecte des données par les systèmes d'information en principe en place : les données utilisées pour calculer le taux de réalisation des bilans sont systématiquement issues « *d'une enquête spécifique auprès des académies* ».

[125] Par ailleurs, de façon constante, les précisions méthodologiques relatives à l'indicateur 2.1 soulignent l'absence d'homogénéité du bilan de la 6ème année sur le territoire : « *Les modalités de passation du bilan de santé diffèrent selon l'organisation mise en place dans les académies* ». Ces précisions méthodologiques indiquent aussi couramment que les taux de réalisation n-1 sont établis sur la base de données non exhaustives, « *qui peuvent ne pas correspondre à la réalité globale de l'ensemble des académies* ». Mais « *le nouveau système d'information à disposition des médecins de l'éducation nationale, en cours de déploiement, vise, à moyen terme, l'amélioration du recueil des données* », selon les indications fournies successivement par les PLF 2017, 2018, 2019, 2021, 2022 et 2023.

[126] Les indications constitutives de la justification des prévisions et de la cible revêtent parfois un caractère surprenant. Ainsi, selon le PLF 2023, « *Le médecin de l'éducation nationale effectue **systematiquement**⁸⁷ le repérage des situations relevant de la protection de l'enfance, en particulier les risques ou les faits de violences physiques, psychologiques ou sexuelles subies par l'enfant, y compris dans la sphère familiale* » ; la systématité affirmée est toute relative puisque pour l'exercice correspondant, la proportion d'élèves ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6ème année est inconnue, de même que la proportion d'élèves dont les dossiers médicaux ont été analysés par un médecin de l'éducation nationale.

⁸⁷ Souligné par la mission.

Tableau 29 : PAP du programme 230, objectif « Promouvoir la santé des élèves et contribuer à améliorer leur qualité de vie », indicateur 2.1
Précisions méthodologiques

	Champ	Mode de calcul	Précisions complémentaires	Justification des prévisions et de la cible
Année 2022 (PLF 2023)	Champ : enseignement public, France métropolitaine et DROM	Cet indicateur est établi en rapportant le nombre d'élèves ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6ème année, à l'effectif total des élèves dont l'âge se situe entre 5 et 6 ans, d'une part dans les écoles appartenant à un réseau d'éducation prioritaire renforcé (REP+) – premier sous-indicateur, d'autre part, dans les écoles appartenant à un réseau d'éducation prioritaire (REP) – second sous-indicateur. L'indicateur est issu d'une enquête spécifique auprès des académies. L'année 2020 correspond à l'année scolaire 2019-2020.	<p>*Les taux de réalisation de 2019 sont établis sur la base de données non exhaustives, qui peuvent ne pas correspondre à la réalité globale de l'ensemble des académies. Le nouveau système d'information à disposition des médecins de l'éducation nationale, en cours de déploiement, vise, à moyen terme, l'amélioration du recueil des données.</p> <p>**Les taux de réalisation de 2020 n'ont pu être établis en raison de la fermeture des écoles pendant la crise sanitaire due à la pandémie de Covid 19 au printemps 2020.</p> <p>*** A compter de la rentrée 2021 (prévision 2022), la visite médicale de la 6ème année, qui permet en particulier un dépistage des troubles spécifiques du langage et des apprentissages, est organisée conformément à l'arrêté d'application de la loi du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance.</p>	<p>A compter de la rentrée scolaire 2021, une visite est organisée à l'école pour tous les enfants âgés de trois ans à quatre ans. Elle est effectuée par les professionnels de santé du service départemental de la protection maternelle et infantile (PMI), ou par un médecin de l'éducation nationale lorsque le service de la PMI ne peut la réaliser.</p> <p>Au cours de la 6ème année, la visite médicale permet en particulier un dépistage des troubles spécifiques du langage et des apprentissages. Le médecin de l'éducation nationale effectue systématiquement le repérage des situations relevant de la protection de l'enfance, en particulier les risques ou les faits de violences physiques, psychologiques ou sexuelles subies par l'enfant, y compris dans la sphère familiale.</p> <p>Les prévisions de 2021 sont fixées à 50 %, un niveau inférieur aux réalisations de 2019, car la crise sanitaire résultant de la pandémie de Covid-19 mobilise fortement les médecins de l'éducation nationale.</p>

				<p>La gouvernance de la politique éducative sociale et de santé, à tous les échelons du système éducatif, les missions et les moyens des personnels de santé alloués aux académies, le travail partagé à construire avec les personnels de la protection maternelle et infantile et les professionnels de santé (secteur libéral et hospitalier), dans le cadre de la mise en place du parcours « santé-accueil-éducation », contribuent à améliorer le repérage et la prise en charge précoces des troubles et maladies de l'enfant.</p>
<p>Année 2021 (PLF 2022)</p>	<p>Enseignement public, France métropolitaine et DROM.</p>	<p>Cet indicateur est établi en rapportant le nombre d'élèves ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6^{ème} année, à l'effectif total des élèves dont l'âge se situe entre 5 et 6 ans, d'une part dans les écoles appartenant à un réseau d'éducation prioritaire renforcé (REP+) – premier sous-indicateur d'autre part, dans les écoles appartenant à un réseau d'éducation prioritaire (REP) – second sous-indicateur. L'indicateur est issu d'une enquête spécifique auprès des académies. L'année 2020 correspond à l'année scolaire 2019-2020.</p>	<p>*Les taux de réalisation de 2019 sont établis sur la base de données non exhaustives, qui peuvent ne pas correspondre à la réalité globale de l'ensemble des académies. Le nouveau système d'information à disposition des médecins de l'éducation nationale, en cours de déploiement, vise, à moyen terme, l'amélioration du recueil des données. **Les taux de réalisation de 2020 n'ont pu être établis en raison de la fermeture des écoles pendant la crise sanitaire due à la pandémie de Covid 19 au printemps 2020. *** A compter de la rentrée 2021 (prévision 2022), la visite médicale de la 6^{ème} année, qui permet en</p>	<p>A compter de la rentrée scolaire 2021, une visite est organisée à l'école pour tous les enfants âgés de trois ans à quatre ans. Elle est effectuée par les professionnels de santé du service départemental de la protection maternelle et infantile (PMI), ou par un médecin de l'éducation nationale lorsque le service de la PMI ne peut la réaliser. Au cours de la 6^{ème} année, la visite médicale permet en particulier un dépistage des troubles spécifiques du langage et des apprentissages. Le médecin de l'éducation nationale effectue systématiquement le repérage des situations relevant de la protection de l'enfance, en particulier les risques ou les faits de violences physiques, psychologiques ou sexuelles subies par</p>

			<p>particulier un dépistage des troubles spécifiques du langage et des apprentissages, est organisée conformément à l'arrêté d'application de la loi du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance.</p>	<p>l'enfant, y compris dans la sphère familiale.</p> <p>Les prévisions de 2021 sont fixées à 50 %, un niveau inférieur aux réalisations de 2019, car la crise sanitaire résultant de la pandémie de Covid-19 mobilise fortement les médecins de l'éducation nationale.</p> <p>La gouvernance de la politique éducative sociale et de santé, à tous les échelons du système éducatif, les missions et les moyens des personnels de santé alloués aux académies, le travail partagé à construire avec les personnels de la protection maternelle et infantile et les professionnels de santé (secteur libéral et hospitalier), dans le cadre de la mise en place du parcours « santé-accueil-éducation », contribuent à améliorer le repérage et la prise en charge précoces des troubles et maladies de l'enfant.</p>
Année 2020 (PLF 2021)	Enseignement public, France métropolitaine et DOM	Cet indicateur est établi en rapportant le nombre d'élèves ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6 ^e année, à l'effectif total des élèves dont l'âge se situe entre 5 et 6 ans, d'une part dans les écoles appartenant à un réseau d'éducation prioritaire renforcé (REP+) – premier sous-indicateur -, d'autre part, dans les écoles appartenant à	<p>*Les taux de réalisation de 2018 et de 2019 sont établis sur la base de données non exhaustives, qui peuvent ne pas correspondre à la réalité globale de l'ensemble des académies. Le nouveau système d'information à disposition des médecins de l'éducation nationale, en cours de déploiement, vise, à moyen terme, l'amélioration du recueil des données.</p>	<p>Les priorités gouvernementales de santé publique se traduisent par une évolution de l'organisation des visites médicales des élèves dans le cadre fixé par la loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance (article 13 modifiant l'article L. 541-1 du code de l'éducation) et son arrêté d'application concernant la visite de la sixième année.</p>

		<p>un réseau d'éducation prioritaire (REP) – second sous-indicateur.</p> <p>L'indicateur est issu d'une enquête spécifique auprès des académies. L'année 2019 correspond à l'année scolaire 2018-2019.</p>	<p>**Les taux de réalisation de 2020 ne pourront être établis en raison de la fermeture des écoles pendant la crise sanitaire due à la pandémie de Covid 19 au printemps 2020.</p> <p>*** A compter de la rentrée 2020 (réalisation 2021), la visite médicale de la 6e année, qui permet en particulier un dépistage des troubles spécifiques du langage et des apprentissages, sera organisée conformément à l'arrêté d'application de la loi du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance : analyse des dossiers de tous les élèves et bilan en présentiel pour les élèves en situation de besoin.</p>	<p>A compter de la rentrée scolaire 2020, une visite est organisée à l'école pour tous les enfants âgés de trois ans à quatre ans, et effectuée par les professionnels de santé du service départemental de la protection maternelle et infantile, les professionnels de santé de l'éducation nationale y contribuant, si nécessaire, afin que tous les élèves en bénéficient. Un suivi est ainsi assuré dès le plus jeune âge (instruction obligatoire dès 3 ans depuis la rentrée 2019).</p> <p>Au cours de la 6e année, une visite médicale permettant en particulier un dépistage des troubles spécifiques du langage et des apprentissages est également organisée : analyse des dossiers de tous les élèves et bilan en présentiel pour les élèves en situation de besoin.</p> <p>Les prévisions de 2020 ne peuvent être actualisées, compte tenu de la fermeture des écoles liée à la crise sanitaire du printemps 2020.</p> <p>Les prévisions de 2021 et les cibles de 2023 seront fixées au PAP 2022, dans le cadre de la nouvelle organisation des visites médicales des élèves.</p> <p>La gouvernance de la politique éducative sociale et de santé, à tous les échelons du système éducatif, les missions et les moyens des personnels de santé alloués aux académies, le</p>
--	--	--	---	---

				travail partagé à construire avec les personnels de la protection maternelle et infantile et les professionnels de santé (secteur libéral et hospitalier), dans le cadre de la mise en place du parcours « santé-accueil-éducation », contribuent à améliorer le repérage et la prise en charge précoces des troubles et maladies de l'enfant.
Année 2019 (PLF 2020)	Enseignement public, France métropolitaine et DOM	Cet indicateur est établi en rapportant le nombre d'élèves ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6 ^e année, à l'effectif total des élèves dont l'âge se situe entre 5 et 6 ans, d'une part dans les écoles appartenant à un réseau d'éducation prioritaire renforcé (REP+) – premier sous-indicateur d'autre part, dans les écoles appartenant à un réseau d'éducation prioritaire (REP) – second sous-indicateur -. L'indicateur est issu d'une enquête spécifique auprès des académies. L'année 2018 correspond à l'année scolaire 2017-2018.	*Les taux de réalisation de 2017 et de 2018 sont établis sur la base de données non exhaustives, qui peuvent ne pas correspondre à la réalité globale de l'ensemble des académies. Le nouveau système d'information à disposition des médecins de l'éducation nationale, en cours de déploiement, vise, à moyen terme, l'amélioration du recueil des données.	Les priorités gouvernementales de santé publique, ainsi que la progression significative des réalisations de 2018, conduisent à fixer les prévisions de 2019 et 2020 aux niveaux visés pour les élèves des REP+ (80 % et 95 %) et un peu en deçà pour les élèves en REP (75 % et 90 %). La première mission de la politique éducative de santé est de participer à la réussite scolaire des élèves, en cherchant à développer leurs compétences psychosociales, ce que le domaine 3 du socle commun, qui concerne la formation de la personne et du citoyen, et les actions d'éducation à la santé mises en œuvre doivent favoriser. La promotion de la santé contribue au bien-être des élèves et à la réduction des inégalités de santé par le développement des démarches de prévention. La visite médicale dans la 6 ^e année de l'enfant, qui permet notamment de repérer les troubles spécifiques du

				<p>langage et des apprentissages, revêt une importance particulière avant l'entrée dans les classes élémentaires. La loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance énonce que cette visite est organisée dans des conditions fixées par voie réglementaire.</p> <p>La gouvernance de la politique éducative sociale et de santé, à tous les échelons du système éducatif, les missions et les moyens des personnels de santé alloués aux académies, le travail partagé à construire avec les personnels de la protection maternelle et infantile et les professionnels de santé libéraux, dans le cadre de la mise en place du parcours « santé-accueil-éducation », contribuent à améliorer le repérage et la prise en charge précoces des troubles et maladies de l'enfant.</p>
Année 2018 (PLF 2019)	Enseignement public, France métropolitaine et DOM	Cet indicateur est établi en rapportant le nombre d'élèves ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6 e année, à l'effectif total des élèves dont l'âge se situe entre 5 et 6 ans, d'une part dans les écoles appartenant à un réseau d'éducation prioritaire renforcé (REP+) – premier sous-indicateur d'autre part, dans les écoles appartenant à un réseau	*Les taux de réalisation de 2017 sont établis sur la base de données non exhaustives, qui peuvent ne pas correspondre à la réalité globale de l'ensemble des académies. Le nouveau système d'information à disposition des médecins de l'éducation nationale, en cours de déploiement, permettra, à moyen terme, d'améliorer le recueil des données.	<p>Les prévisions actualisées pour 2018 et les prévisions de 2019 sont fixées au vu des réalisations de 2017 et de l'enjeu d'une progression rapide de la proportion d'élèves des écoles en éducation prioritaire devant bénéficier d'une visite médicale dans leur 6^e année.</p> <p>La première mission de la politique éducative de santé est de participer à la réussite scolaire des élèves, en cherchant à développer leurs compétences psychosociales, ce que le</p>

		<p>d'éducation prioritaire (REP) – second sous-indicateur -. Il prend en compte les élèves ayant bénéficié à cet âge d'une visite assurée par un médecin de la protection maternelle et infantile ou le médecin traitant.</p> <p>L'indicateur est issu d'une enquête spécifique auprès des académies.</p> <p>L'année 2017 correspond à l'année scolaire 2016-2017.</p>		<p>domaine 3 du socle commun, qui concerne la formation de la personne et du citoyen, et la mise en place du parcours éducatif de santé doivent favoriser. La promotion de la santé contribue au bien-être des élèves et à la réduction des inégalités de santé par le développement des démarches de prévention. La visite médicale dans la 6^e année de l'enfant, qui permet notamment de repérer les troubles spécifiques des apprentissages, revêt une importance particulière avant l'entrée dans les classes élémentaires.</p> <p>La gouvernance de la politique éducative sociale et de santé, à tous les échelons du système éducatif, les missions et les moyens des personnels de santé alloués aux académies, le travail partagé à construire avec les personnels de la protection maternelle et infantile et les professionnels de santé libéraux, dans le cadre de la mise en place du parcours « santé-accueil-éducation » s'inscrivent dans l'objectif gouvernemental de 100 % de visites médicales dans la 6^e année de l'enfant.</p>
Année 2017 (PLF 2018)	Enseignement public, France métropolitaine et DOM	Cet indicateur est établi en rapportant le nombre d'élèves ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6 ^e année, à l'effectif total des élèves dont l'âge se situe entre 5 et 6 ans, d'une part dans les	*Les taux des réalisations de 2018, 2017 et 2016 ont été établis sur la base de données non exhaustives, qui peuvent ne pas correspondre à la réalité globale de l'ensemble des académies. Le nouveau système d'information à disposition des	L'indicateur 2.1 mesure, depuis le PAP 2018, la « proportion d'élèves des écoles en éducation prioritaire ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6 ^e année ». Cet indicateur tient compte des dispositions de l'arrêté du 3 novembre 2015, qui a fixé la

		<p>écoles appartenant à un réseau d'éducation prioritaire renforcé (REP+) – premier sous-indicateur -, d'autre part, dans les écoles appartenant à un réseau d'éducation prioritaire (REP) – second sous-indicateur -.</p> <p>L'indicateur est issu d'une enquête spécifique auprès des académies.</p> <p>L'année 2018 correspond à l'année scolaire 2017-2018.</p>	<p>médecins de l'éducation nationale, en cours de déploiement, vise, à moyen terme, l'amélioration du recueil des données.</p>	<p>périodicité et le contenu des visites médicales (donc assurées par un médecin) et de dépistage obligatoires au cours de la 6ème et de la 12ème année de l'enfant.</p> <p>La progression des réalisations de 2018 (65 % en REP+ et 58 % en REP), avec une prévision de 2018 atteinte en REP+, traduit l'enjeu prioritaire de la mise en place du parcours « santé-accueil-éducation », qui vise notamment à rendre effective la visite médicale de l'enfant avant 6 ans, pour réduire les inégalités de santé dès le plus jeune âge. En attendant le déploiement du système d'informations associé à l'outil ministériel Esculape, les résultats de 2018 reposent sur les remontées d'une partie des académies. Un travail interministériel est en cours, lancé en septembre 2018 par les deux ministres concernés.</p>
<p>Année 2016 (PLF 2017)</p>	<p>Enseignements public et privé, France métropolitaine et DOM.</p>	<p>Cet indicateur, issu d'une enquête spécifique auprès des académies, est établi en rapportant le nombre d'élèves ayant bénéficié d'une visite médicale et/ou d'un dépistage infirmier à l'effectif total des élèves dont l'âge se situe entre 5 et 6 ans. Le sous-indicateur concernant les élèves des écoles des REP+ (réseaux d'éducation</p>		<p>Le parcours éducatif de santé, défini dans la loi du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République, s'intègre dans une politique éducative globale, structurée autour de trois axes : l'éducation à la santé tout au long du cursus scolaire, la prévention et la protection de la santé des élèves. Les projets d'école et d'établissement précisent les dispositifs ou programmes de</p>

		<p>prioritaire renforcés, dans le cadre de la refondation de l'éducation prioritaire, pleinement déployée depuis la rentrée scolaire 2015) est calculé de la même façon, par rapport aux élèves de cette tranche d'âge dans ces écoles.</p> <p>Les modalités de passation différent selon l'organisation mise en place dans les académies.</p> <p>L'année 2015 correspond à l'année scolaire 2014-2015.</p>	<p>promotion de la santé mis en place au sein de l'établissement, ainsi que les thématiques traitées par les équipes éducatives, telles que, entre autres, la prévention des conduites addictives, l'éducation à l'alimentation, l'éducation à la sexualité, en prenant appui sur les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). Une information aux parents est faite sur les actions prévues au cours de l'année scolaire, si possible au moment de la rentrée. Le suivi de la santé des élèves est notamment assuré par des visites médicales et de dépistage obligatoires (visite médicale lors de la 6e année qui permet de repérer notamment les troubles spécifiques des apprentissages ; visite de dépistage lors de la 12e année qui doit permettre de repérer les besoins de santé des élèves et d'orienter si nécessaire vers un médecin).</p> <p>La rénovation de la gouvernance de la politique éducative sociale et de santé, à tous les échelons du système éducatif, la refonte des missions des médecins et des infirmiers, les moyens supplémentaires de personnels de santé alloués aux académies, dont 40 emplois d'infirmiers créés à la rentrée 2016, qui s'ajoutent aux 100 créations intervenues depuis la rentrée 2014 (20 emplois de médecins et 80 d'infirmiers)</p>
--	--	---	---

				<p>contribuent au développement de la promotion de la santé à l'école. Des académies rencontrent cependant des difficultés importantes à pourvoir les postes vacants de médecins dans certains départements.</p> <p>L'indicateur présente en 2015 une évolution défavorable, pour l'ensemble des élèves y compris pour ceux scolarisés en REP+. Bien que ce constat soit établi sur la base de données incomplètes qui en relativise la représentativité (absence de remontées d'enquête d'un tiers des académies et données partielles pour six autres académies), les prévisions 2016 et 2017 sont minorées par rapport aux prévisions 2016 fixées l'an dernier et aux cibles 2017 fixées au PAP 2015.</p>
Année 2015 (PLF 2016)	Enseignements public et privé, France métropolitaine et DOM.	Cet indicateur, issu d'une enquête spécifique auprès des académies, est établi en rapportant le nombre d'élèves ayant bénéficié d'un bilan de santé (visite médicale et/ou dépistage infirmier) à l'effectif total des élèves dont l'âge se situe entre 5 et 6 ans. Le sous-indicateur concernant les élèves des écoles des REP+ (réseaux d'éducation prioritaire renforcés) est calculé de la même façon, par rapport aux élèves de cette		<p>La loi du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République a précisé que la mission de promotion de la santé à l'école comprend notamment la réalisation des examens médicaux et des bilans de santé, définis dans le cadre de la politique de santé en faveur des enfants et des adolescents, et la détection précoce des problèmes de santé ou des carences de soins pouvant entraver la scolarité.</p> <p>La création de 10 emplois de médecins et 40 d'infirmières à la rentrée 2015, qui s'est ajoutée aux créations de même</p>

		<p>tranche d'âge dans ces écoles. Les 350 REP+, mis en place à la rentrée scolaire 2015 dans le cadre de la refondation de l'éducation prioritaire (102 réseaux préfigurateurs dès la rentrée scolaire 2014), correspondent à un périmètre proche de celui de l'ancien programme ÉCLAIR (« Écoles, collèges et lycées pour l'ambition, l'innovation et la réussite »). Les modalités de passation du bilan de santé diffèrent selon l'organisation mise en place dans les académies.</p> <p>L'année 2014 correspond à l'année scolaire 2013-2014. Les taux de réalisation de 2013 et 2014 du sous-indicateur « élèves des écoles des REP+ » sont encore calculés hors Mayotte.</p>	<p>ampleur intervenues à la rentrée 2014, doit permettre d'améliorer la passation de ce bilan, en priorité pour les élèves des écoles en REP+. La rénovation de la gouvernance de la politique éducative sociale et de santé, à tous les échelons du système éducatif, ainsi que la refonte des missions des médecins, des infirmiers et des personnels sociaux, doivent également y contribuer. Certaines académies rencontrent toutefois des difficultés majeures à pourvoir les postes vacants de médecins, certains départements présentant une situation préoccupante.</p> <p>Le dialogue annuel de gestion et de performance entre l'administration centrale et les académies permet de suivre chaque année les évolutions de cet indicateur et d'évoquer, le cas échéant, les mesures mises en place par les académies pour remédier aux difficultés rencontrées.</p> <p>Compte tenu de l'enjeu de cette politique et des leviers mobilisés, les prévisions initiales de 2015 ont été révisées à la baisse au taux de 80 % pour le premier sous-indicateur (ensemble des élèves) et maintenues à 90 % pour le second sous-indicateur (élèves des écoles des REP+). Les prévisions pour 2016 sont respectivement fixées à 85 % et 95 % des populations d'élèves</p>
--	--	--	---

				<p>concernées, les cibles de 2017 étant confirmées.</p>
<p>Année 2014 (PLF 2015)</p>	<p>Enseignements public et privé, France métropolitaine + DOM</p>	<p>Les taux de réalisation de 2012 sont calculés hors Mayotte, ainsi que le taux de 2013 du sous-indicateur « élèves des écoles du programme ÉCLAIR* ». Le taux de réalisation 2013 inclut Mayotte, d'où l'actualisation de la valeur par rapport au RAP 2013.</p> <p>Cet indicateur, issu d'enquêtes spécifiques auprès des académies, est établi en rapportant le nombre d'élèves ayant bénéficié d'un bilan de santé (visite médicale et/ou dépistage infirmier) à l'effectif total des élèves dont l'âge se situe entre 5 et 6 ans. Le sous-indicateur concernant les élèves des écoles du programme ÉCLAIR* (réseaux d'éducation prioritaire renforcés, REP+, à partir de la rentrée scolaire 2015, avec 102 réseaux préfigurateurs dès la rentrée scolaire 2014) est calculé de la même façon, par rapport aux élèves de cette tranche d'âge dans ces écoles.</p>		<p>Les prévisions initiales de 2014 sont révisées à 83 % pour l'ensemble des élèves dans leur 6e année et à 85 % pour ceux des écoles en ÉCLAIR (« Écoles, collèges et lycées pour l'ambition, l'innovation et la réussite »), car les évolutions respectives constatées (79,6 % et 80 % en 2013) restent en deçà des progressions attendues. Les prévisions pour 2015 sont réajustées et les cibles 2017 correspondent aux cibles 2015 fixées au PAP 2014 (90 % pour l'ensemble des élèves et une couverture totale pour les élèves qui seront alors dans des écoles en réseaux d'éducation prioritaire renforcés – REP+).</p> <p>La loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République a précisé que la mission de promotion de la santé à l'école comprend notamment la réalisation des examens médicaux et des bilans de santé définis dans le cadre de la politique de santé en faveur des enfants et des adolescents et la détection précoce des problèmes de santé ou des carences de soins pouvant entraver la scolarité.</p> <p>La création à la rentrée 2014 de 10 emplois de médecins et 40 d'infirmières devrait améliorer la</p>

		<p>L'année 2013 correspond à l'année scolaire 2012-2013.</p> <p>Les modalités de passation du bilan de santé diffèrent selon l'organisation mise en place dans les académies.</p>		<p>passation de ce bilan, qui requiert une mobilisation importante des personnels de santé scolaire. La rénovation de la gouvernance de la politique éducative sociale et de santé, à tous les échelons du système éducatif, ainsi que la refonte des missions des médecins, des infirmiers et des personnels sociaux doivent également y contribuer.</p> <p>Le dialogue de gestion et de performance entre l'administration centrale et les académies permet de suivre chaque année les progressions réalisées dans la passation du bilan de santé de la 6e année et d'évoquer les mesures mises en place par les académies qui rencontrent des difficultés, notamment pour recruter des médecins ou des infirmiers dans certains territoires.</p>
<p>Année 2013 (PLF 2014)</p>	<p>Enseignements public et privé, France métropolitaine + DOM</p>	<p>Les taux de réalisation de 2012 étaient encore calculés hors Mayotte.</p> <p>Le taux de réalisation 2013 a été affiné postérieurement à la publication du projet annuel de performance 2015.</p> <p>L'année 2014 correspond à l'année scolaire 2013-2014.</p> <p>Cet indicateur, issu d'enquêtes spécifiques auprès des académies, est</p>		<p>Explication des valeurs cibles</p> <p>Les prévisions 2012 et 2013, pour l'ensemble des élèves et pour les élèves des écoles du programme ECLAIR, ont été revues à la baisse au regard des données de réalisation de 2011 et des difficultés à pourvoir les emplois de médecins et d'infirmières scolaires dans certains départements.</p> <p>La cible 2015 est à 100 % pour les élèves des écoles du programme ECLAIR, compte tenu de la priorité à accorder à</p>

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

		<p>établi en rapportant le nombre d'élèves ayant bénéficié d'un bilan de santé (visite médicale et/ou dépistage infirmier) à l'effectif total des élèves dont l'âge se situe entre 5 et 6 ans. Le sous-indicateur concernant les élèves des écoles du programme ÉCLAIR* est calculé de la même façon, par rapport aux élèves de cette tranche d'âge dans ces écoles.</p> <p>Les modalités de passation du bilan de santé diffèrent selon l'organisation mise en place dans les académies.</p>		<p>ces élèves dans la progression nécessaire du taux de réalisation de ce bilan, obligatoire pour tous les élèves.</p>
<p>Année 2012 (PLF 2013)</p>	<p>Enseignements public et privé, France métropolitaine + DOM</p>	<p>Cet indicateur est établi en rapportant le nombre d'élèves ayant bénéficié du bilan de santé (obligatoire) à l'effectif total des élèves dont l'âge se situe entre 5 et 6 ans. Le sous-indicateur concernant les élèves des écoles du programme ECLAIR sera calculé de la même façon, par rapport aux élèves de cette tranche d'âge dans ces écoles.</p> <p>Les données concernant le nombre d'élèves qui ont bénéficié de ce bilan de santé sont issues d'enquêtes</p>	<p>* Le taux de réalisation de 2011 (année scolaire 2010-2011) est affecté comme l'année précédente par une grève administrative des médecins : les données ne sont disponibles que pour 74 départements dans 27 académies (57 départements dans 20 académies en 2010). Le taux calculé sur cette base est de 70,9 % en 2011.</p> <p>** Pour les élèves des écoles en RAR en 2010-2011, le taux de réalisation de 81 % est calculé sur la base des données disponibles pour 23 académies.</p>	<p>Explication des valeurs cibles</p> <p>Les prévisions 2012 et 2013, pour l'ensemble des élèves et pour les élèves des écoles du programme ECLAIR, ont été revues à la baisse au regard des données de réalisation de 2011 et des difficultés à pourvoir les emplois de médecins et d'infirmières scolaires dans certains départements.</p> <p>La cible 2015 est à 100 % pour les élèves des écoles du programme ECLAIR, compte tenu de la priorité à accorder à ces élèves dans la progression nécessaire du taux de réalisation de ce bilan, obligatoire pour tous les élèves.</p>

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

		<p>spécifiques auprès des académies. L'enquête pour l'année 2010-2011 a été complétée pour disposer des données concernant les élèves des écoles des réseaux ambition réussite (RAR), qui intègrent le programme ECLAIR à la rentrée 2011.</p> <p>Les modalités de passation du bilan de santé diffèrent selon l'organisation mise en place dans les académies.</p>		
--	--	---	--	--

Source : Projets de loi de finances, exploitation mission

ANNEXE 8 : Enseignements tirés des auditions menées auprès de quatre villes délégataires

Les délégations de santé scolaire aux communes

Questionnaire adressé aux villes délégataires à l'ensemble de ces communes et auditions menées auprès de quatre d'entre elles

[127] Parmi les villes délégataires de la compétence de santé scolaire, la mission a auditionné les élus et services de Bordeaux, Grenoble, Paris et Rennes.

Les villes délégataires à ce jour de la compétence de santé scolaire

[128] Lors de la décentralisation, la loi du 22 juillet 1983 a permis aux collectivités qui disposaient d'un service communal d'hygiène et de santé (SCHS) au moment de l'entrée en vigueur de la loi de continuer à exercer leurs compétences à titre dérogatoire. Cette dérogation peut prendre la forme d'une délégation de compétence, même si ce n'est pas toujours le cas. Onze villes pilotent ainsi un service municipal de santé scolaire : Antibes, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon, Nantes, Paris, Rennes, Strasbourg, Vénissieux, Villeurbanne.

[129] A la suite du départ du dernier médecin scolaire sur son territoire, une douzième ville, La Courneuve, a repris cette compétence en délégation pour le premier degré, exercée depuis février 2022 par les médecins de son centre municipal de santé.

[130] Le rapport 2020 de la Cour des comptes sur les médecins et les personnels de santé scolaire dresse, en son annexe 16, un panorama et une analyse détaillée de ces délégations, dont les enseignements restent d'actualité. La présente annexe en rappelle les grandes lignes et présente des éléments complémentaires recueillis lors des déplacements et entretiens, et sur la base d'un questionnaire adressé aux villes délégataires par l'intermédiaire du réseau des Villes santé-OMS.

Des compétences hétérogènes

[131] La délégation de la mission de santé scolaire aux villes résulte souvent d'un héritage historique. Elle recouvre des missions variables et peuvent se combiner avec une délégation du conseil départemental en matière de PMI.

Tableau 30 : Périmètre d'intervention des services municipaux de santé scolaire

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

Source : Cour des comptes, mis à jour par le réseau Ville Santé OMS, 2022

Des conventions de délégation peu pilotées et compensées partiellement sur le plan financier

[132] Lorsque l'exercice de la santé scolaire fait l'objet d'une délégation de compétence, celle-ci s'accompagne d'un financement de l'Etat, très inférieur au coût du service rendu par la municipalité. A titre d'exemple, à Grenoble, en 2019, la subvention s'élevait à 74 000 euros par an pour un budget dédié de 1,7 millions d'euros (dont 83 000 pris en charge par le conseil départemental au titre de la PMI). A Paris, la dotation de l'Etat s'élève à 1,8 millions d'euros par an pour un budget total de 12 millions d'euros.

[133] Cette différence pourrait en partie s'expliquer par le fait que cette dotation ne couvre que les obligations règlementaires (essentiellement les visites médicales), là où l'action des communes délégataires dépasse ce cadre. En réalité, le montant de ces compensations financières résulte essentiellement de la reconduction des conventions existantes sur une base historique, non fondée sur des indicateurs définis.

[134] Par ailleurs, le montant des dotations par élève diffère beaucoup d'une convention à l'autre ; la Cour des comptes a souligné en 2020 que ces écarts ne répondent à aucun critère.

[135] Les questions posées au MENJ et les visites de terrain ont confirmé l'absence de pilotage par l'Etat de ces délégations. Le service ou le responsable en charge de ce pilotage n'est parfois même pas identifié, aucun objectif ou orientation n'est fixé et aucun rapport d'activité demandé. Ces délégations s'apparentent dans les faits à un transfert de compétence.

[136] Au titre des différences avec l'éducation nationale, on peut noter que :

- Les taux de réalisation des bilans sont meilleurs que dans l'éducation nationale, comme la Cour des comptes l'avait déjà relevé dans son rapport de 2020. Pour les quatre villes délégataires ayant communiqué à la mission leurs données de visite pour l'année 2020-2021, ces taux restent élevés, en dépit d'une baisse pour trois d'entre elles, dans un contexte de crise sanitaire. La proportion des élèves concernés n'ayant été vu par aucun professionnel de santé ne dépasse pas 7 % dans la situation la moins favorable.
- Les villes délégataires mobilisent davantage de moyens au regard du nombre d'enfants scolarisés. Toutefois, une comparaison du nombre d'élèves par médecin paraît peu pertinente tant les villes adoptent des modèles d'organisation hétérogènes (cf. *infra*). De manière générale, les villes délégataires connaissent moins de difficultés de recrutement, même si celles-ci sont réelles concernant les médecins : la ville de Bordeaux ne comptait

plus que deux médecins en 2021-2022 (contre 6 aujourd’hui) ; la ville de Grenoble n’a pourvu que 2,5 ETP sur 4,2 ETP théoriques de médecins. Comme pour l’éducation nationale, le différentiel de rémunération avec le secteur libéral ou hospitalier est un frein conséquent au recrutement.

Des modalités hétérogènes de rattachement, d’organisation et de modalités d’exercice des missions

[137] Parmi les villes exerçant la compétence de santé scolaire, certaines la rattachent à leur direction en charge de l’éducation (par exemple à Lyon ou Antibes), d’autres à leur direction en charge de la santé (comme à Grenoble ou Bordeaux). A Paris, la santé scolaire était rattachée à la direction de l’action sociale, avant d’être réunie avec la PMI au sein d’une grande direction de la santé publique. Ces choix de rattachement sont significatifs de l’approche adoptée par la collectivité.

[138] L’hétérogénéité des organisations s’observe également à travers l’équilibre entre les effectifs de médecins et d’infirmiers. Dans certaines communes, ce rapport est inférieur à un médecin pour deux infirmiers (Antibes, Grenoble, Bordeaux, Rennes). A contrario, les villes de Lyon et Villeurbanne ont adopté un modèle reposant sur des effectifs très importants d’infirmiers et un nombre réduit de médecins (de l’ordre de 1 pour 5 à 1 pour 10).

[139] Ces différences organisationnelles traduisent des différences dans les modalités d’exercice des missions, selon que les bilans de la petite section et de la grande section sont menés de manière systématique ou non, de manière privilégiée par des infirmiers ou par des médecins, etc. A titre d’exemple, en 2021-2022, le taux de réalisation de visites médicales complètes est supérieur à 95 % à Antibes, contre 10,7 % à Lyon (2021-2022), ce qui reflète des options stratégiques très différentes. A Paris, les bilans scolaires étaient auparavant effectués en grande majorité par les médecins⁸⁸. A la suite d’un travail de refonte du parcours santé des élèves, ce bilan est aujourd’hui effectué par les infirmiers (83 % de taux de réalisation pour le bilan des 6 ans en 2021-2022), entre 6 à 10 % des élèves bénéficiant d’une consultation avec un médecin scolaire à l’issue de ces bilans⁸⁹.

[140] Les villes délégataires mènent une réflexion globale en termes de parcours santé de l’élève, sur le rythme des bilans et interventions à effectuer, mais aussi leurs modalités (systématiques, sur repérage, à la demande...), le cas échéant en lien avec des actions de promotion de la santé. C’est une réflexion de cet ordre qui a conduit la ville de Paris à modifier récemment l’organisation des bilans. De même, à Bordeaux, les médecins rencontrés ont fait part de leurs réflexions sur la mise en place d’un bilan systématique en CE2, déjà en place dans certaines villes comme à Antibes.

⁸⁸ 92% d’après la Cour des comptes, rapport 2020, mais elle précise que ces bilans médicaux sont « parfois limités à des dépistages sensoriels ».

⁸⁹ Source : entretien mission.

Des réalisations qui excèdent le cadre des obligations normatives

[141] La plupart des villes disposant d'un service de santé scolaire inscrivent leur action dans un cadre plus large que celui des obligations règlementaires.

Un lien plus affirmé avec la dimension sociale

[142] Ces services prennent en charge les questions relatives à l'école inclusive (PAP, PAI, y compris parfois l'aide à la constitution de dossiers MDPH). La ville d'Antibes dispose même d'une unité dédiée au handicap en milieu scolaire, avec 3 AESH municipales et 11 animateurs référents. Les informations préoccupantes représentent également une part importante de leur charge de travail.

[143] De manière similaire, la ville de Grenoble a créé, au sein de son service municipal de santé scolaire, un pôle « prévention et éducation pour la santé » de 13 agents dédiés à l'accompagnement des enfants pour lesquels un trouble a été identifié, associant des travailleuses sociales, des éducatrices territoriales des activités physiques et sportives, une psychologue, une assistante bucco-dentaire et une orthophoniste.

[144] Plusieurs villes disposent au sein de leur service de santé scolaire d'assistants sociaux (Grenoble (5 ETP), Antibes (0,5), Lyon (24)) et de psychologues (Grenoble, Antibes, Rennes), qui permettent de faire le lien entre les problématiques de santé et sociales.

Une ouverture vers d'autres spécialités médicales

[145] Ces services de santé scolaire s'ouvrent en outre à d'autres professionnels que le binôme médecin scolaire - infirmier scolaire, en lien avec les problématiques repérées sur le territoire, comme par exemple des orthoptistes (Bordeaux), des orthophonistes (Grenoble) ou des assistants dentaires (Grenoble, Antibes).

[146] La ville de Strasbourg a mis en place quatre cabinets bucco-dentaires, dont un mobile, dont l'activité est quasi exclusivement tournée vers les écoles primaires (3 ETP de chirurgiens-dentistes et 3 ETP d'assistantes dentaires).

Des approches innovantes, notamment en direction d'une appréhension globale de la santé et de ses déterminants.

[147] A titre d'exemple, la ville de Bordeaux a recruté une médiatrice en santé en charge d'effectuer un suivi des prescriptions effectuées à l'occasion des bilans scolaires et de faciliter le lien avec les acteurs en santé de l'aval au profit des familles.

[148] Plusieurs villes délégataires rencontrées inscrivent leur action de santé scolaire dans le cadre d'une approche globale des déterminants en santé : à titre d'exemple, la ville de Rennes s'investit particulièrement sur la qualité alimentaire de la restauration scolaire (alimentation cuisinée, le plus souvent possible bio, locale, offre de menus végétariens), de la qualité de l'air (végétalisation des cours d'école, plan qualité de l'air pour les écoles rennaises).

Des liens avec l'Etat à renforcer ?

[149] L'absence de pilotage de ces délégations par l'Etat laisse de facto les collectivités autonomes dans l'exercice de cette mission. Cette situation n'est pas toujours vécue par ces dernières comme positive à tous égards.

[150] Le paramètre financier est la préoccupation première, la participation de l'Etat étant jugée hors de proportion de la contribution réelle de ces villes. Au-delà, l'absence d'un projet global de santé de l'élève, et d'attentes partagées sur le contour de l'intervention des villes, sont parfois regrettées.

[151] Des représentants d'une grande collectivité ont estimé qu'un transfert de compétence réussi supposerait une délégation proportionnée de moyens, mais aussi des ambitions partagées avec l'école, l'éducation nationale et les ARS, voire une animation nationale sur les ressources, les systèmes d'information, les formations, etc. La convention conclue entre la ville de Rennes et le conseil départemental d'Ille-et-Vilaine paraît constituer à cette aune le cadre d'une délégation réussie, avec une répartition claire des missions et des postes financés, une approche partagée, un outil de suivi commun, une évolution des financements indexée sur l'évolution réelle du coût des postes occupés.

[152] L'absence de partage d'objectifs avec l'Etat a des impacts très concrets :

- Sur la définition du niveau de contribution financière de l'Etat, qui ne repose pas sur des objectifs et des critères précis ;
- Sur l'articulation entre le premier degré, sur lequel s'exerce la compétence des villes délégataires, et le second degré, qui relève de l'éducation nationale, avec des modalités jugées insatisfaisantes de transfert des informations (Paris) ;
- Sur la gestion des systèmes d'information : l'éducation nationale met à disposition de certaines villes le logiciel Esculape utilisé par les médecins de l'éducation nationale. S'il facilite en principe la transmission des informations, il ne répond pas complètement au besoin des délégataires puisqu'il ne permet pas de réaliser des extractions de données pour analyse. Or, comme l'a souligné le réseau Ville-Santé OMS : « *L'observation en santé est fondamentale pour les villes et intercommunalités. L'analyse de données en santé à l'échelle d'une ville ou d'un quartier peut permettre de cibler au mieux les actions et les publics cibles en fonction des besoins, ou encore d'alerter sur les inégalités sociales et territoriales de santé qui touchent les populations.* »

Conclusion :

[153] Les villes exerçant la compétence de santé scolaire souvent de longue date présentent des analyses et réalisations comportant nombre d'aspect intéressants. Au-delà des données brutes attestant par exemple de taux de réalisation des bilans obligatoires supérieurs à ceux de l'éducation nationale, on peut relever :

- Leur capacité à remplir leur mission dans le cadre d'une réflexion stratégique globale sur le parcours santé de l'enfant ;
- Une meilleure mise en transversalité de ces missions avec les dimensions sociales, environnementales, périscolaires ;
- Une capacité à faire évoluer leur organisation de manière plus souple, par exemple avec l'ouverture vers différentes professions médicales assimilées, ou des solutions innovantes (médiation en santé pour faciliter le lien vers l'aval, cabinets bucco-dentaires itinérants...).

ANNEXE 9 : Enquête menée par l'union
nationale des associations familiales
(UNAF) sur la vision que portent les
parents sur la médecine scolaire,
janvier 2023

Enquête de l'Unaf sur la vision que portent les parents sur la médecine scolaire

Janvier 2023

L'Unaf exprime son inquiétude depuis de nombreuses années face à la situation des professionnels de santé de l'enfant. En effet, et les derniers mois l'ont encore montré, cette crise est profonde et a pour conséquence de dégrader le parcours de santé de l'enfant alors même que les besoins se sont accentués notamment pour le suivi des maladies chroniques ou de santé mentale. Cette crise concerne toutes les professions (professionnels des PMI, des CMPP, de la pédiatrie, de la pédopédiatrie), et porte également sur l'accès à un médecin traitant de l'enfant ou à la médecine scolaire. De plus en plus de parents sont d'ailleurs conscients de cette situation et sont préoccupés par cet état de fait.

Concernant spécifiquement la médecine scolaire, le CESE a rendu un avis en mars 2018 intitulé « Pour des élèves en meilleure santé » avec plusieurs préconisations toujours d'actualité concernant la médecine scolaire, et soutenues par l'Unaf.

Dans le cadre de cet avis, le groupe des représentants familiaux a insisté sur l'importance de la visite médicale de la sixième année de l'enfance (préconisation 9 de l'avis). L'avis appelle à l'effectivité de ce rendez-vous car s'il existe bien dans les textes, il est loin de la réalité pour tous les enfants concernés. Le CESE demande également d'aller au-delà de la seule « transmission » des conclusions au médecin traitant, telle qu'elle est actuellement prévue par les textes, pour mettre en place, dans un dispositif expliqué aux parents, l'organisation locale de la coordination entre les professionnels comme point de départ pour le repérage, le soin et le suivi des troubles.

De nombreux autres rapports ont, depuis des années, tiré le signal d'alarme quant à la situation particulièrement difficile de la médecine scolaire et son peu d'attractivité auprès des futurs professionnels de la santé.

Rappelons quelques éléments que la Cour des Comptes a souligné dans son rapport :

Le taux d'encadrement infirmier des élèves s'élève à 1 300 élèves par personnel infirmier et en moyenne nationale il y a un médecin pour 12 572 élèves fin 2018. Il y a 1 assistant social pour 1512 élèves et 1 psychologue pour 1492 élèves pour le 1er degré et 1234 élèves pour le 2nd degré en 2018.

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

Le bilan infirmier de la 12e année a progressé mais n'est réalisé que pour 62 % de l'ensemble des élèves et, pour ceux des établissements publics, qu'à hauteur de 78 %, avec des situations très hétérogènes d'un département à l'autre.

Source : « Les médecins et les personnels de santé scolaire » Rapport Cour des Comptes Avril 2020

Voici quelques éléments qui décrivent la situation de la médecine scolaire actuellement. Le ressenti des parents exprimés lors d'une enquête flash menée par l'Unaf auprès de parents, montre que ceux-ci sont parfaitement conscients de cette situation et la regrettent fortement.

Methodologie de l'enquête

Nous avons choisi de poser un nombre restreint de questions afin que la durée pour remplir ce questionnaire soit courte et ne soit pas un obstacle à la participation des parents.

Ce travail a été initié afin de répondre à une sollicitation de 3 inspections (l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS), l'Inspection générale de l'Éducation, du Sport et de la Recherche (IGESR) et l'Inspection générale de l'Administration (IGA)) qui ont souhaité auditionner l'Unaf pour connaître l'opinion qu'avaient les parents de la médecine scolaire. En effet, ces trois inspections sont en train de rédiger un rapport sur ce sujet, qui sera par la suite envoyé aux parlementaires.

Nous sommes partis des questions que les inspections souhaitaient nous poser concernant l'avis des parents. Nous y avons ajouté une question visant à interroger les parents sur l'opportunité ou non de maintenir la présence de professionnels de santé au sein des établissements scolaires.

Nous avons également laissé la possibilité pour les parents de rajouter les commentaires de leur choix. Cette enquête n'a pas vocation à avoir une visée scientifique mais permet l'expression des besoins et des ressentis des parents vis-à-vis de la médecine scolaire.

Nous avons diffusé ce questionnaire à travers le réseau des Udaf et réalisé un post Facebook dans le cadre de notre communication « Prendre soin de ma famille » qui est à destination de toutes les familles.

Médecine scolaire : Parents votre avis nous intéresse !

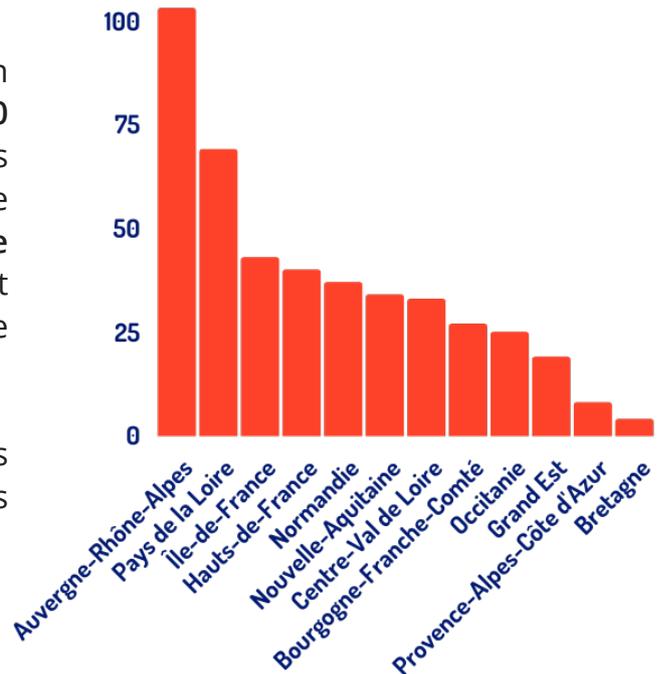
L'Unaf lance une enquête flash afin de recueillir
l'avis des familles sur la médecine scolaire.



Vous pouvez bien entendu développer vos témoignages si vous le souhaitez. Réponse
souhaitée avant le 3 janvier 2023.

Malgré la période peu propice à la mobilisation des parents, l'enquête se déroulant entre le 20 décembre 2022 et le 2 janvier 2023, nous avons été surpris par le nombre de réponses puisque plus de 450 parents ont répondu à ce rapide questionnaire. Ce nombre traduit également l'intérêt que portent les parents à la médecine scolaire.

Les réponses proviennent de la plupart des régions à l'exception malheureusement des DROM et de la Corse.



Question n°1 – Constatez-vous la présence au sein des établissements scolaires qui accueillent vos enfants ?

	Oui	Non	Ne sait pas
De médecins scolaires	44	347	44
D'infirmiers scolaires	214	196	29
De psychologues scolaires	159	214	63
D'assistants sociaux	77	259	100



De nombreux parents regrettent qu'il n'y ait pas toujours, en permanence, des professionnels de santé dans tous les établissements

Beaucoup de parents regrettent qu'il n'y ait pas de professionnels de santé dans l'établissement scolaire de leur enfant. Certains estiment que ce manque de personnel conduit à une « sélection d'enfants et d'écoles, contraire au caractère universaliste que devraient avoir ces interventions.



PAROLES DE PARENTS



Auparavant dans toutes les écoles, les enfants bénéficiaient d'une visite médicale en maternelle notamment avant l'entrée en CP. Aujourd'hui, il s'avère que les médecins scolaires sont en nombre insuffisant. Dans l'école de ma nièce, il a alors été décidé que seuls les enfants qui ont été «repérés» par les enseignants comme ayant des parents en difficultés (financières ou sociales) bénéficieraient de cette visite complète (audition, visuelle ...). Quelle inégalité !!!! Je trouve cela honteux. Le service public doit rester le même pour tous et d'autant plus quand on parle de la santé de nos enfants.

Ce qui manque, pour l'avoir vécu, ce sont des psychologues scolaires présents pour observer les enfants ayant des troubles-neuro (TSA, TDAH, DYS,...) en classe, et cela dès la maternelle pour des dépistage précoces. Mais pas que pour des bilans individuels mais aussi en regard de groupe. Ces regards de professionnels sont, à mon sens, plus importants afin d'aider les parents et instituteurs à la compréhension des enfants en difficultés scolaires.

Manque considérable de personnels obligeant « la sélection » d'enfants et d'écoles...

Mon fils a fait une crise d'asthme qui n'a pas été repérée par les enseignants, en le récupérant le soir j'ai dû l'emmener aux urgences, ça a été sa plus grosse crise qu'il ait fait. Si une infirmière avait été présente, ils auraient pu reconnaître les signes et commencer à appliquer son protocole PAI¹, qui était pourtant connu des enseignants.

Beaucoup ne savent même pas si ces professionnels sont présents ou non, en permanence ou à temps partiel. Ils regrettent que ces professionnels doivent agir dans de nombreux établissements, ce qui empêche une présence pérenne.

¹ PAI : Le projet d'accueil individualisé (PAI) est un document écrit qui précise les adaptations à apporter à la vie de l'enfant ou de l'adolescent en collectivité (crèche, école, collège, lycée, centre de loisirs).



PAROLES DE PARENTS



« Le problème n'est pas la présence des personnels de santé, la plupart des établissements en ont mais c'est le temps de présence effective qui est très problématique : souvent une seule journée, c'est très peu.»

« En primaire, il y a juste une psychologue qui a plusieurs écoles à gérer... »

« Oui il serait utile d'avoir des infirmières scolaires présentes quotidiennement dans les établissements scolaires, Afin d'assurer un suivi médical et d'accompagnement. Afin d'accompagner les élèves de façon journalière dans les problématiques de santé physique et psychologique. »

« Je regrette que souvent les infirmières soient sur plusieurs établissements ou à temps partiel. Cela fait qu'elles ne sont pas toujours présentes quand les enfants sont malades et qu'il est difficile aussi pour nous parents de les rencontrer par exemple pour préparer un PPS¹ ».

« Une présence plus régulière dans les établissements afin que les enfants apprennent à connaître les intervenants et aient confiance en eux pour aller les voir et se confier si besoin. »

« Pour les infirmières leur présence devrait être en continu dans les collèges et lycées au vu du nombre d'élèves. »

« Qu'ils puissent être présents et joignables dans les établissements davantage et non pas avoir à gérer un nombre excessif d'établissements / élèves. »

« ... Il faut que l'école soit aussi présente pour aider les familles qui ne peuvent pas suivre la santé de leurs enfants. La présence d'un personnel médical dans un établissement scolaire pallie le manque que certains enfants ont par l'absence de suivi médical de la part leurs parents. »

« J'ai été choqué d'apprendre qu'aucun professionnel de santé n'était présent en continu au sein d'un établissement, que même une infirmière ou un infirmier n'était présent que très ponctuellement et devait intervenir au sein de plusieurs établissements. Comment assurer la sécurité de nos enfants dans ce cas ? »



¹ PPS : Le projet personnalisé de scolarisation (PPS) est un document qui sert à définir le déroulement de la scolarité de votre enfant et ses besoins notamment en termes de matériels pédagogiques adaptés, d'accompagnement, d'aménagement des enseignements.

Quelques parents, dont les enfants sont scolarisés dans des établissements privés soulignent que, généralement, il n'y a pas d'accès à la médecine scolaire dans ce type d'établissement et trouvent cette situation très préjudiciable.



PAROLES DE PARENTS



« Les écoles privées ne bénéficient pas d'intervention d'un médecin scolaire ou d'une infirmière scolaire, les encadrants n'ont pas non plus la même formation et cela peut conduire à des retards de prise en charge dommageables pour les enfants. »

Certains parents estiment néanmoins que la présence permanente d'un médecin scolaire n'est pas forcément nécessaire.



PAROLES DE PARENTS



« Je ne vois pas l'utilité d'un médecin présent tout le temps. »

La **Défenseure des droits** dans son rapport¹ sur la santé mentale des enfants recommandait au ministre de l'éducation nationale et au ministre de la prévention et de la santé de **faire du renforcement de la médecine scolaire et du service social aux élèves une véritable priorité**, afin que **tout enfant à partir de l'âge de l'école primaire puisse avoir accès à un médecin ou une infirmière scolaire et une assistante sociale dans l'enceinte de son établissement**. Ceci correspond bien à la demande de la très grande majorité des parents.



¹ Défenseure des droits Rapport sur la santé mentale des enfants : le droit au bien-être ».Rapport 2021

Question n°2 – Ces personnels sont-ils facilement joignables ?

	Oui	Non	Ne sait pas
Par les enfants	120	165	149
Par les parents	99	182	153

Cette question est sans doute liée avec la précédente. Elle permet de constater que de nombreux parents ne savent en fait pas si ces professionnels sont facilement accessibles par les enfants comme par eux-mêmes. Il semble donc qu'il soit important que les parents, mais également les enfants, connaissent bien leurs domaines de compétences et leurs modalités d'interventions.



PAROLES DE PARENTS



« Trop peu de présence d'infirmières et d'assistantes sociales dans les établissements, alors que les enfants et les parents ont besoin de ces tiers pour exposer leurs problèmes. »

« L'assistant social n'étant pas présent dans les établissements durant la semaine sauf quelques établissements ; il en faudrait plus ou effectuer des permanences dans chaque établissement scolaire. »

« Oui il serait utile d'avoir des infirmières scolaires présentes quotidiennement dans les établissements scolaires, Afin d'assurer un suivi médical et d'accompagnement. Afin d'accompagner les élèves de façon journalière dans les problématiques de santé physique et psychologique. »

Il peut y avoir une **connaissance très partielle des missions des professionnels de la santé scolaire** de la part de certains parents¹. Ils souhaiteraient que ces missions leur soient présentées afin qu'ils appréhendent mieux le rôle de chacun, qu'ils connaissent les modalités de contact, les possibilités de rencontre avec ces professionnels.



PAROLES DE PARENTS



« Très peu de visibilité sur la présence de ces personnels dans les établissements scolaires. C'est vraiment dommage qu'il n'y ait pas plus de visibilité et actions préventives. »

« Les infirmières scolaires peuvent être un relais mais sont insuffisamment utilisées et connues des parents. Elles devraient être associées aux réunions de rentrée par exemple et présenter clairement leurs missions. »

« Ma fille est entrée en maternelle en septembre et il est vrai que je ne me suis pas encore posé toutes ces questions...Mais aucun professionnel de santé ne m'a été présenté et aucune information à ce sujet ne m'a été donnée par l'école. »

Pour l'Unaf il serait important que **ces professionnels de la santé scolaire** (ou au moins un représentant de ces professionnels) participent systématiquement à **la réunion de début d'année, avec l'équipe pédagogique**, afin qu'ils puissent présenter aux parents leurs missions et faire connaître les modalités pour pouvoir les contacter. Une information similaire à destination des élèves, pourrait également être réalisée.

Si cette présence n'est pas possible nous reprenons à notre compte la proposition de la Défenseure des droits qui recommandait, dans son rapport précédemment cité, **de diffuser à chaque rentrée scolaire, via un support adapté** (livret d'accueil, etc.) **les informations relatives à la présence, au sein de l'établissement, de l'assistante sociale et de l'infirmière scolaire**. Une information systématique à destination des parents sur l'accès à la médecine scolaire doit aussi être organisée.

¹ Pour connaître les :

Missions des médecins scolaires : <https://www.education.gouv.fr/bo/15/Hebdo42/MENE1517120C.htm>

Missions des infirmières de l'éducation nationale : <https://www.education.gouv.fr/bo/15/Hebdo42/MENE1517121C.htm>

Missions des psychologues : <https://www.education.gouv.fr/etre-psychologue-de-l-education-nationale-psyen-11831>

Missions des assistants de service social : <https://www.education.gouv.fr/bo/17/Hebdo12/MENE1709191C.htm>

Par ailleurs certains parents constatent que ces professionnels sont parfois submergés par l'administratif ce qui réduit considérablement leur présence sur le terrain.



PAROLES DE PARENTS



« Malheureusement, il n'y a pas assez de personnel médical et infirmier, et ceux-ci sont absorbés par des tâches administratives (validation de PAP, demande d'aménagements aux examens...). Ils ne sont plus présents sur le terrain, ni pour le dépistage, ni pour les visites médicales. C'est dommage ! »

Néanmoins lorsqu'ils sont accessibles au quotidien, identifiés par tous les élèves et leurs parents, cette présence permet de tisser un lien de confiance.



PAROLES DE PARENTS



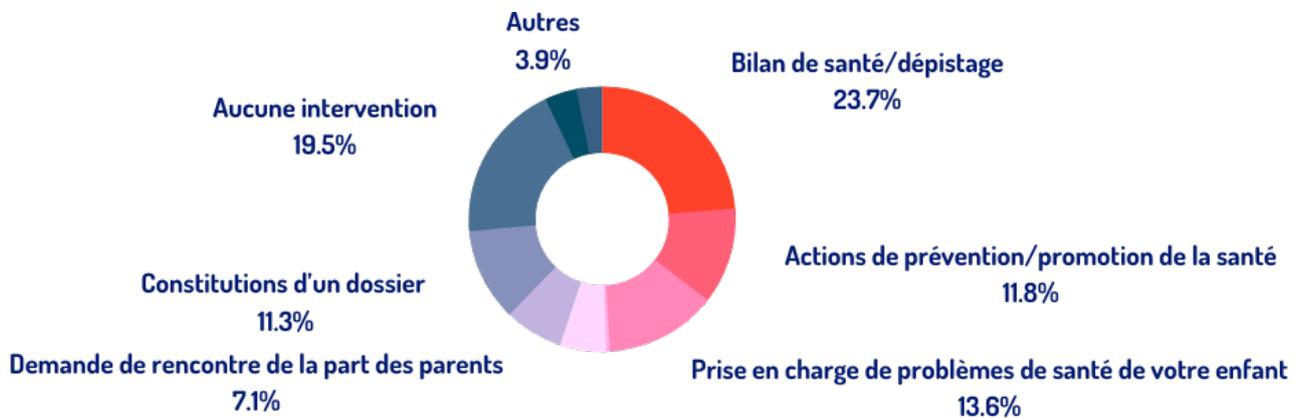
« Proximité des enfants et connaissance des problématiques enfants et adolescents. »

« Ils sont parfois les seules personnes auprès desquelles l'enfant peut se confier. Leur place est fondamentale. »

« Le fait que la personne soit connue des enfants peut faciliter la parole.. »



Question n°3 – Dans quelles circonstances ces personnels sont intervenus auprès de vos enfants ?



Les thématiques de la **prévention du harcèlement** (sexuelle, scolaire, cyberharcèlement ...) et des violences intra familiales ont pris de l'ampleur ces dernières années et ceci se traduit par de nombreux témoignages sur la **nécessité de renforcer l'action et la formation de ces professionnels sur ces sujets**.

La loi du 2 mars 2022¹ visant à **combattre le harcèlement scolaire** devrait contribuer à ce renforcement puisqu'elle affirme qu'aucun élève ou étudiant ne doit subir *des faits de harcèlement résultant de propos ou comportements, commis au sein de l'établissement d'enseignement ou en marge de la vie scolaire ou universitaire et ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de dégrader ses conditions d'apprentissage*.

Ce texte prévoit qu'une information sur les risques liés au harcèlement scolaire, notamment au cyberharcèlement, soit délivrée chaque année aux élèves et parents d'élèves. Cette même loi prévoit que l'ensemble des personnels scolaires reçoivent, dans le cadre de la formation continue, une formation relative à la prévention, à la détection et à la prise en charge du harcèlement scolaire et universitaire. Enfin, le projet d'école ou d'établissement fixe les lignes directrices et les procédures destinées à la prévention, à la détection et au traitement des faits constitutifs de harcèlement. L'élaboration de ces lignes directrices doit associer, les représentants de la communauté éducative, les personnels médicaux, les infirmiers, les assistants de service social et les psychologues de l'éducation nationale intervenant au sein de l'école ou de l'établissement.

Nous serons donc attentifs à ce que ces mesures soient effectivement mises en place car elles correspondent à la demande des parents.

¹ [LOI n° 2022-299 du 2 mars 2022 visant à combattre le harcèlement scolaire](#)



PAROLES DE PARENTS



« Intervention d'une psychologue scolaire à la suite de faits de harcèlement. Ma fille ayant subi du harcèlement de la part d'un camarade s'est livrée à nous (parents). La directrice de l'établissement a immédiatement réagi. Elle a rencontré ma fille puis réuni le conseil d'école et a fait intervenir un/une psychologue pour parler de harcèlement en classe. »

« Trop de mal être psychologique à ce jour, harcèlement scolaire On intervient toujours après le problème, cela devrait être largement anticipé par la présence de professionnels à des dates ou moment précis. »

La fonction de **dépistage** est bien entendue celle qui est la plus connue de la part des parents. Cette action permet aussi **d'agir comme une sorte de filet de sécurité** pour étendre le dépistage à tous les enfants et en particulier à ceux qui sont le plus éloignés de l'accès aux soins. Ces actions de dépistage en milieu scolaire permettent également des repérages de situations que les médecins traitants n'ont parfois pas identifiées.



PAROLES DE PARENTS



« Certains parents ne consultent pas régulièrement comme préconisé et les dépistages visuels, auditifs etc. ne sont alors pas faits en temps voulu. Une intervention en milieu scolaire permet de limiter le nombre d'enfants non dépistés. »

« Ils peuvent contribuer à détecter des problèmes de santé physiques, et aider les enfants ou adolescents à vivre avec la maladie ou le handicap, dans le cadre scolaire : diabète, asthme, allergies, maladies cardiaques, cancers... Leur présence permet à des mal-être de se dire. En effet, les enfants et adolescents peuvent également s'exprimer auprès de ces professionnels, qui sont formés à l'écoute, au sujet des violences vécues à la maison (exposition à des violences conjugales, négligences parentales, violences sexuelles), des pulsions suicidaires, des états dépressifs (scarifications, conduites addictives, hypersomnie...). »

« Pour repérer un mal-être et apporter une écoute sur des sujets que les enfants ne veulent pas confier à leur parent (exemple personnel : un chantage au suicide dans une relation amoureuse) et faire le lien avec les parents..»

« Grâce au médecin scolaire nous avons pu identifier que ma fille avait une scoliose importante qui nécessitait une prise en charge et le port d'un corset. Curieusement le médecin traitant de l'enfant n'avait pas identifié cette situation.»

« Permet de détecter un mal être au sein de l'établissement.»

Les actions de prévention et de promotion de la santé sont également des axes d'intervention qui paraissent nécessaires pour les parents¹. De nombreux parents citent notamment la nécessité d'information et de sensibilisation sur l'éducation sexuelle et affective, la contraception. D'autres sujets apparaissent également comme la santé mentale, la notion de bien-être, le sommeil, l'alimentation, l'obésité, les addictions, y compris aux écrans etc.



PAROLES DE PARENTS



« Permet un lien humain, de la prévention, aborder les thèmes de la vie, sexualité-contraception-IST, intervention psychologique en cas de harcèlement etc...Une personne physique et toujours mieux qu'un numéro...»

« L'éducation à la santé devrait être partie prenante de la vie des établissements. L'ensemble de ces personnels permettent une prévention précoce qui, si les moyens leurs étaient donnés, permettrait de traiter en amont un grand nombre de pathologies et éviterait la dégradation de certaines situations. Cela à tous niveaux : hygiène, comportements favorisant une bonne santé, sommeil, alimentation, prévention des addictions, etc. Par ailleurs, leur présence est nécessaire pour accompagner l'intervention des enseignants et peut permettre d'agir également rapidement sur les situations de violences familiales.»



¹ Le Haut Conseil de Santé publique dans son rapport sur « l'évaluation ex-post du plan national de santé publique », recommande de mieux définir le rôle que pourraient jouer pour la prévention les structures « poly-missions » comme la médecine scolaire.

Le nombre de thématiques proposés par les parents est important, et la possibilité d'intervention par les professionnels de la santé scolaire sur ces domaines risque d'être limitée. Cependant, **cela peut être l'occasion de faire intervenir d'une manière plus souple des professionnels** (orthophonistes, ergothérapeutes, dentistes, diététiciens, orthoptistes, psychologues etc...) au sein de l'école, et sous l'égide de la médecine scolaire, afin de renforcer notamment les dépistages ou l'éducation à la santé.

Par ailleurs l'intervention de futurs professionnels de santé dans le cadre du **service sanitaire**¹ doit également être une solution visant à développer les actions de prévention et de promotion de la santé. De même, le fait de faciliter l'intervention d'associations qui interviennent dans le champ de la prévention permettrait d'atteindre certains de ces objectifs. Enfin, le développement d'actions de prévention et de promotion de la santé par les pairs doit aussi être encouragé (ambassadeurs de santé², associations de jeunes agissant dans le domaine de la prévention et la promotion de la santé, ambassadeurs en santé mentale³, etc.).

? Question n°3 bis – Voyez-vous d'autres missions que ces professionnels de la santé scolaires pourraient exercer ?



PAROLES DE PARENTS



« Sur les problématiques de santé mentale, de crise d'angoisse et TAG. Au lycée, la gestion du stress est abordée, mais il faut plus d'interventions. »

« Présence sur les écoles primaires pour dépister les inquiétudes psychologiques des enfants. Mener des actions de sensibilisation / formation type premiers secours, sexualité, rapport aux objets numériques d'aujourd'hui... »

¹ Le service sanitaire promulgué en 2018, a pour objectif de diffuser, partout sur le territoire, des interventions de prévention conduites par des étudiants en santé formés à cet exercice.

² Les élèves ambassadeurs-santé sont des élèves volontaires qui choisissent de s'engager dans la démarche École promotrice de santé de leur école ou de leur établissement. Ces élèves sont associés activement à la démarche de promotion de la santé de l'établissement tant au niveau de l'élaboration du diagnostic qu'au niveau des actions menées dans le cadre du projet d'école ou d'établissement et en lien avec les problématiques de santé rencontrées localement. A l'école, ces élèves peuvent, de façon adaptée à leur âge, être associés aux décisions prises en lien avec le diagnostic ou participer à des actions ou projets relatifs à l'éducation à la santé. En collège et en lycée, les ambassadeurs-santé contribuent à la réflexion menée notamment en comité d'éducation à la santé, à la citoyenneté et à l'environnement (CESCE) sur l'éducation à la santé. Ils peuvent aussi être porteurs ou acteurs de projets mis en place autour de cette thématique, en lien avec les adultes ressources de l'établissement.

³ <https://www.ambassadeurs-santementale.fr/>

« En effet, ces personnels pourraient intervenir pour détecter dès le plus jeune âge des carences de suivi par les familles, tels que non suivi médical (par le biais du carnet de santé et des visites médicales prévues), en particulier détection de troubles visuels, dentaires, d'audition, d'élocution, troubles du sommeil, de l'alimentation. Également déceler des dangers dans l'environnement familial, maltraitance physique ou psychologique...»

Un certain nombre de parents ironisent sur le fait que l'on puisse envisager une extension des missions de ces professionnels alors même que ceux-ci n'ont pas la capacité de réaliser celles qui leurs sont actuellement dévolues.



PAROLES DE PARENTS



« Les personnels actuellement sont insuffisants pour accomplir leurs missions. Pour notre fils, le bilan à l'initiative de son enseignante, par la psychologue scolaire a pris plus de six mois pour être réalisé, tant et si bien qu'il a fait celui-ci alors qu'il avait déjà changé de classe et d'enseignante. Et encore nous a-t-on dit que nous étions chanceux que cela ait été si rapide ! Alors conseiller d'autres missions semble plus d'absurde.»

« Ça serait déjà pas mal s'ils étaient assez nombreux pour effectuer les missions principales qu'ils sont sensés effectuer. Ils sont malheureusement très mal payés, en sous effectifs permanents, avec des décisions hiérarchiques qui ont parfois peu de sens. Ce sont des professions qui sont aujourd'hui très dévalorisées, alors que les politiques publiques prônent l'inclusion de l'enfant porteur de handicap et insistent sur l'importance de la prévention et du dépistage précoce auprès des enfants (sexualité, écrans, apprentissages, acceptation de la différence, etc...). Comment leur demander de faire plus alors qu'ils n'ont pas le temps de faire le minimum. »

« Si déjà il y avait assez de personnels pour qu'ils fassent juste leurs missions de base de prévention et de dépistage. »

« Il serait déjà super si ils pouvaient être assez nombreux pour réaliser avec du temps et qualité les missions déjà confiées. Il n'y a plus assez de médecins scolaires pour faire les visites médicales. Certains enfants (souvent dans des milieux précaires, n'ont pas de suivis médicaux) des visites médicales scolaires permettent une vigilance en lien avec les enseignants. »

Certains parents souhaitent que soit mises en place des actions de revalorisation de l'image et de l'attractivité de ces métiers, sous peine de voir complètement disparaître ces professionnels des établissements de santé.

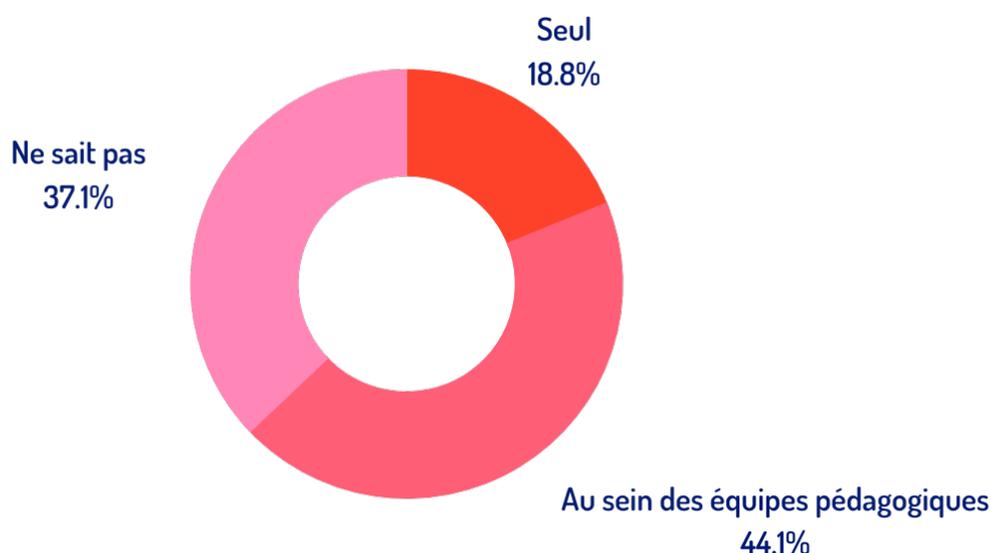


PAROLES DE PARENTS



« Tel que cela est parti, il n'y aura plus de service de santé scolaire d'ici quelques années, par manque d'attractivité des postes et manque de moyen financiers et humains. Il faut redonner du sens et se donner les moyens de mettre en œuvre les prises de conscience gouvernementales, concernant le dépistage et la prévention précoce, et l'accompagnement du handicap à l'école. »

? Question n°4 – Voyez-vous, le cas échéant, ces professionnels intervenir seuls ou au sein des équipes pédagogiques ?



Beaucoup de parents nous ont indiqué l'importance que revêt à leurs yeux le **partenariat entre ces professionnels et l'équipe pédagogique**. Ces professionnels peuvent expliquer aux équipes pédagogiques certaines situations, faire mieux comprendre certains comportements ou difficultés.

Servir de trait d'union entre les équipes pédagogiques et les parents notamment pour les enfants aux besoins particuliers (nous reviendrons sur ce sujet dans la dernière partie de cette enquête). Cette alliance entre les équipes pédagogiques et les professionnels de la santé scolaire est un gage de réussite scolaire et peut contribuer à éviter éventuellement des pertes de chance.



PAROLES DE PARENTS



« Je travaille en CMP et hôpital de jour, où nous travaillons en réseau : les compétences des médecins, infirmiers, psychologues, assistants sociaux sont indispensables pour repérer, adapter, accueillir chaque enfant à l'école et lui permettre de profiter de façon optimale de l'enseignement scolaire, ainsi que pour accompagner les enseignants et apporter leur regard spécifique. »

« Le travail en équipe est, me semble-t-il, très important en incluant TOUS les acteurs (professionnels de santé, équipe pédagogique, chef d'établissement, parents d'élèves et élèves). La communication étant un pilier pour que des actions concrètes portent leurs fruits. »

« Interlocuteurs médico sociaux de proximité pour les enfants au quotidien. Apportent un autre regard auprès des équipes pédagogiques, particulièrement pour les enfants à besoins particuliers et pour les situations d'urgence dans le cadre de la protection de l'enfance ou le mal être des adolescents. »

« Leur présence au sein des établissements permet un contact plus étroit avec les enfants. C'est une réelle passerelle entre enseignants et parents. Le rôle de repérage des difficultés ne peut se faire qu'avec une proximité. Leur présence au sein des réunions éducatives est primordiale. »

« Devant la multiplication des situations de harcèlement, des troubles psychologiques des élèves, de l'abandon de certains enfants par des milieux sociaux défavorisés, maintenir un lien, et même le développer, avec l'équipe pédagogique. »





Question n°5 – Avez-vous l'expérience, pour vos enfants, de l'intervention d'autres structures de dépistage ou d'accueil médical en lien avec les établissements scolaires, ou avec des collectivités territoriales notamment ?

Oui	71
Non	274
Ne sait pas	85
Autres	2

Les parents ont peu de visibilité des collaborations potentielles que peuvent avoir les professionnels de la santé scolaire avec les autres professionnels de santé ou structures sanitaires, sociales ou médico-sociales.

Néanmoins, lorsqu'il y a contact c'est avec les CMP/CMPP¹ (11), PMI (13) , orthophonistes (4), les MDPH et beaucoup plus rarement avec les médecins libéraux.

Nous notons que peu de parents font état d'une relation entre la médecine scolaire et les médecins traitants ce qui semble indiquer que ces liens existent peu ou ne sont pour le moins pas correctement identifiés par les parents.



PAROLES DE PARENTS



« Que ces professionnels puissent faire le lien avec le médecin généraliste en cas de besoin dans le cadre du secret médical. »

¹ CMP/CMPP : Le Centre médico-psychologique (CMP) est un lieu de soin public sectorisé proposant des consultations médico-psychologiques et sociales à toute personne en difficulté psychique. Il existe des CMP pour enfants et adolescents et des CMP pour adultes. Les personnes sont accompagnées par une équipe pluriprofessionnelle qui regroupe des soignantes et des soignants (psychiatres, psychologues, infirmières et infirmiers, orthophonistes, etc.), des professionnels du social (assistantes et assistants de service social, éducatrices et éducateurs, etc.). Source Psycom.

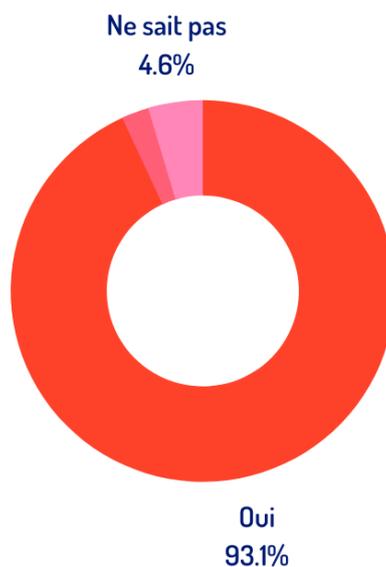
La professeure Danièle Sommelet dans son rapport de 2006 « l'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé » dénonçait déjà le cloisonnement qui existait entre les libéraux, la PMI et la médecine scolaire. Elle ajoutait que cela était pour partie dû à un climat de défiance et d'ignorance, voire de mépris, vis-à-vis d'une médecine qui ne prescrit pas.

Au-delà, il est nécessaire que puisse exister **un continuum dans le parcours de santé de l'enfant**. Ceci nécessite à la fois de la collaboration, de la coordination et de l'explicitation des missions de chacun auprès des parents, nous y reviendrons, mais également des autres professionnels de santé intervenant auprès de l'enfant. **Il nous paraît indispensable que les professionnels de la médecine scolaire (comme ceux de la PMI) puissent intégrer les communautés professionnelles de territoires (CPTS), ou les contrats locaux de santé.** Leurs actions peuvent parfaitement s'intégrer aux objectifs qui sont assignés à ces organisations. Par ailleurs, cette intégration favoriserait la connaissance du rôle et des missions des uns et des autres, et faciliterait la fluidité des parcours de santé des enfants.



Question n°6 – Pensez-vous qu'il soit important de maintenir la présence des médecins ou des infirmières scolaires au sein des établissements ?

Oui	405
Non	10
Ne sait pas	20



Les parents sont massivement favorables à la présence de professionnels de santé au sein des établissements. Cette présence leur semble indispensable pour différentes raisons.

Contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales dans l'accès aux soins et à la prévention :

La présence de professionnels de santé dans les établissements scolaires contribue à la réduction des inégalités territoriales ou sociales quant à l'accès aux soins et à la prévention.

Ce point est à souligner tant il revient souvent dans les témoignages des parents, les effets délétères de la désertification médicale se font sentir y compris dans le suivi des parcours de santé des enfants. Les personnels de la santé scolaire peuvent dans certains cas être les seuls professionnels de santé que l'enfant rencontre. Les actions de dépistage, de prévention, de repérage, d'éducation à la santé peuvent toucher tous les enfants d'une même génération.

La médecine scolaire agit ici comme un « filet de sécurité » permettant de récupérer des enfants invisibles des parcours de santé habituels et rétablir ainsi une sorte « d'égalité des chances », ceci d'autant plus que, comme le dit certains parents, la prise en charge de la santé de l'enfant est indispensable pour une bonne scolarité.



PAROLES DE PARENTS



« Pour garantir un suivi médical de l'enfant si celui-ci ne l'a pas au sein de son foyer. »

« Pour que parents et enfants aient la possibilité d'avoir du personnel de santé compétent accessible. »

« La région dans laquelle nous vivons est un désert médical, beaucoup d'enfants n'ont pas de médecin traitant. La présence de professionnels de santé au sein des structures scolaires pourrait permettre un premier bilan de santé (sans aucune garantie de prise en charge médicale par un médecin traitant). »

« La pénurie de pédiatre est de plus en plus importante et le suivi des enfants est moins efficace. »

« Tous les enfants n'ont pas de suivi médical à l'extérieur. »

« Cela peut être nécessaire pour les enfants qui n'ont pas de médecin traitant sachant que nous habitons dans un désert médical. »

« De plus en plus d'enfants sont en difficultés face à l'accès aux soins (que ce soit niveau médecin, infirmière, AS, psychologue).»

« Pour permettre aux enfants d'avoir l'accès aux soins si les familles ne peuvent pas le faire à l'extérieur. »

« Certains enfants n'ont pas de suivi pédiatrique ni même un suivi par un généraliste.»

« Permettant de palier au désert médical de notre département en pouvant dépister certaines problématiques médicales et informer les parents (alimentation, sport, angoisse, anxiété, difficultés scolaires en lien avec les problématiques familiales...)»

« Seul intervenant santé dans les déserts médicaux où les médecins généralistes font ce qu'ils peuvent mais de façon insuffisante.»

« Cela permet d'avoir un regard sur le développement de tous les enfants donc égalité des chances aux soins.»

« Surtout dans le contexte actuel où il y a manque de médecins et de spécialistes.»

« Il est tellement difficile désormais d'avoir un médecin traitant... Si les enfants pouvaient au moins avoir un contrôle tous les deux ans par un médecin scolaire, sera serait déjà rassurant, mais ce n'est apparemment pas la priorité de l'état. Cela permettrait aussi d'orienter vers des spécialistes si besoin ou peut-être de détecter des maltraitances.»

Permettre à l'enfant de pouvoir se confier à une personne neutre, qu'ils connaissent, en proximité et en dehors de la présence parentale :

Les termes confiance, proximité, confidentialité, personne neutre, lieu identifié comme des lieux d'écoute par les enfants et les jeunes, reviennent souvent dans les témoignages.

Cela permet également à l'élève de pouvoir poser des questions sans jugement.





PAROLES DE PARENTS



« Ce sont les premières personnes à qui l'enfant ou l'ado peut se confier en dehors du réseau familial. »

« Pour donner la possibilité aux enfants d'aller se confier sans passer par leurs parents. »

« Ces personnels sont, par leur présence quotidienne au sein d'un établissement, bien placés pour détecter d'éventuels problèmes graves, faire de la prévention et être un relais humain à l'écoute des jeunes qui ne demandent qu'à être écoutés. »

« Il me semble important qu'un enfant ait un professionnel disponible à qui parler ou poser des questions le concernant (sans intermédiaire familial ou autre) Notamment en cas de violences intra familiale, de questionnement sur sa sexualité. Toutes les questions qui lui sont propres. »

« Il peut être important pour les enfants/ jeunes de créer un lien, un repérage puis un accompagnement si besoin par ces professionnels, sans l'intervention en amont des parents. »

« Dans une relation de confiance, il est important pour l'enfant de pouvoir se confier à différentes catégories de professionnels sensibilisés et formés. »

« Le fait que la personne soit connue des enfants peut faciliter la parole par exemple. C'est un adulte connu et de confiance, qui connaît les enseignants et peut avoir un recul pertinent dans certaines situations. »

« Pour les élèves l'infirmerie dans les collèges et lycées est le lieu pour venir se confier à un adulte sur leurs problèmes que ce soit d'ordre physique ou psychologique en sachant que les professionnels sont tenus au secret médical. »

« Certains enfants vont plus facilement parler de leur problème à des «inconnus» plutôt qu'à leur proche..»

« Il est rassurant pour tous les élèves de savoir qu'en cas de souci (chute, mal de tête, de ventre) ils peuvent se tourner vers un professionnel qui est sur place. »

« Pour que les enfants surtout en souffrance psychologique puissent se confier plus facilement »

« Permet aux enfants de pouvoir discuter de problèmes médicaux, de poser des questions, sans jugement.»

« Présence neutre et attentive aux besoins particuliers de l'enfant au sein de l'établissement. Peut intervenir si besoin auprès des adultes/enseignants/ surveillants, servir de relais ou être lieu de ressourcement pour l'enfant.»

« Au moment du collège, les transformations physiques, mentales, sociales de l'enfant, son rapport au corps, à la sexualité, ses questionnements sur la vie affective, sexuelle nécessite la présence d'adultes référents autour de lui. La médecine scolaire en fait partie même si elle n'est qu'un élément de la chaîne et que ces questions et l'accompagnement qui doit en découler ne doivent pas être que médicale.»

« Permettre aux enfants de venir y exprimer et exposer une problématique de santé ponctuelle ou rassurer l'enfant ou encore lui permettre d'avoir accès à un espace de prévention sécurisée et confidentiel»

Jouer un rôle de relais entre les parents et l'établissement, notamment pour les enfants ayant des besoins particuliers.

Beaucoup de parents nous ont fait part de leurs difficultés lorsque leur enfant avait des besoins particuliers. Ils nous ont indiqué que quand le dialogue était de qualité, les professionnels de santé au sein de l'établissement scolaire pouvaient être une réelle aide et servir de relais entre eux et l'établissement. En effet, les établissements ne sont pas toujours réceptifs aux besoins de l'enfant porteur d'un handicap ou ayant des troubles (Dys TDA...) ou encore une maladie chronique. Ils peuvent être en difficulté pour mettre en place les différents dispositifs prévus pour l'accompagnement de ces enfants. Ces situations créent un certain ressenti de la part des parents avec le sentiment d'être confrontés à des lourdeurs administratives ou à des organisations conduisant à une véritable perte de chance pour leurs enfants.

Les professionnels de la médecine scolaire peuvent là encore être des « facilitateurs » s'ils ont été formés à ces problématiques et faire œuvre de pédagogie auprès des équipes éducatives pour expliquer certaines situations.

Au-delà l'Unaf souhaite que soit renforcée la formation de tous les membres des équipes pédagogiques concernant l'accueil des enfants en situation de handicap.



PAROLES DE PARENTS



« Les enseignants et personnels des établissements sont très éloignés des problématiques de santé des enfants (troubles dys, HPI, TDA...) et sans le médecin ou l'infirmière la bienveillance serait moins importante pour ces enfants encore faut-il que les parents soient en lien avec l'équipe pédagogique, ils s'en éloignent aussi trop souvent car incompris souvent les parents sont démissionnaire car non écoutés ou incompris et trop souvent les enseignants visent la réussite sur le programme enseigné, trop peu de cours sont adaptés et mis à la hauteur des élèves!! C'est à mon sens encore plus dévalorisant, les élèves ont pourtant selon leurs problématiques santé des capacités de réussite qui sont trop souvent négligées ou non exploitées. Le médecin scolaire pourrait être en lien avec les équipes et transmettre les potentialités des élèves à valoriser...La réussite et épanouissement des élèves en milieu scolaire n'en serait que meilleure. »

« En tant que parents d'élèves à besoins particuliers (EIP, troubles dys, etc) nous sommes toujours confrontés à des argumentations, des pourparlers. L'appui de ces personnels (médecins scolaires, psychologues scolaires...) est essentiel pour que les aménagements soient envisagés, voire mis en place. 2 enfants EIP : le premier (avec également des troubles Dys) suivi avec le médecin scolaire présent dans l'établissement : scolarité avec mise en place d'aménagements, des conseils de la part du médecin, des réunions éducatives, un PAP. Pour le 2ème, il n'y a plus de médecin scolaire rattaché à l'établissement. Demande d'aide auprès du CIO après une classe de 5ème catastrophique. 6 mois après rien n'est mis en place, scolarité difficile... »

« Les besoins des enfants situation de handicap nécessitent l'intervention de personnels médicaux pour l'ensemble de la communauté éducative pour le bien-être de l'élève ; aussi bien pour de l'aménagement matériel, technique, psychique dans la classe, et pendant le temps péri scolaires. »

« La médecine scolaire est une véritable spécialité, il est important d'avoir du personnel médical spécialisé pour gérer l'intégration des enfants handicapés à l'école, les PAI ... Nous avons la chance d'avoir une médecin scolaire formidable dans l'établissement de mes enfants, en revanche j'ai eu à faire à 2 psychologues scolaires (au primaire et au collège par la suite). Elles sont injoignables et ne répondent même pas aux mails. Il y a un véritable effort à faire de ce côté-là. »

« Ils font le relais entre les parents et l'établissement car souvent professeurs ou directeurs d'établissement ne veulent pas comprendre qu'un enfant ne rentre pas forcément dans le moule. »

« Un travail commun entre le corps enseignant/équipe d'animations et un médecin dédié à l'établissement scolaire serait indispensable pour un réel suivi. Car beaucoup de comportements anormaux dans les écoles sont régulièrement les conséquences de pathologies non décelées lors de visites médicales simples. De plus, l'accompagnement aux enfants présentant des handicaps (autres que physiques) serait nécessaire aux parents, souvent démunis car ils ont des interlocuteurs différents et sans aucun lien entre eux (qui amènent trop souvent à ce qu'ils se «renvoient» la balle les uns les autres). , je vois trop souvent des parents démunis, courant après des médecins ou spécialistes trop peu nombreux dans la région, puis même après des diagnostics posés, se trouvant face aux difficultés de faire mettre en place des mesures adaptées auprès de l'école. Pour la santé de l'enfant. Malgré les beaux discours et les projets pédagogiques mis en place, la santé et le bien-être de l'enfant sont trop souvent sous-estimés dans la réalité. Avoir des médecins sur le terrain pourrait sans doute donner une autre importance à cela. Un manque de liens est présent entre l'école et le médical, et c'est dommage.»

« J'aimerais que la parole des médecins scolaires soit beaucoup plus respectée et écoutée. »

« Les médecins scolaires prennent en compte les bilans médicaux et reconnaissances Mdph. Je trouve que les professeurs directeurs ou directrices d'établissements pensent toujours mieux savoir que les professionnels de santé, et n'appliquent pas ou très peu les aménagements et les pathologies de l'enfant, limite à faire passer le parent pour un mauvais parent... Le plus souvent la seule écoute est soit le médecin scolaire ou l'infirmière. Heureusement qu'ils sont là... Car on nous fait croire à l'école inclusive mais malheureusement ça n'existe pas encore en France... »

« J'aimerais revenir sur le cas concret rencontré avec notre fils. L'enseignante de grande section de maternelle nous a fait part, durant le second trimestre, d'une difficulté à cerner la problématique rencontrée par notre fils, et nous a proposé la réalisation d'un bilan par la psychologue de l'école (RASSED). Nous (avec ma femme) avons tout de suite validé cette proposition. Mais le nombre d'interventions à réaliser était tellement important, que l'année s'est terminée sans que ce bilan ait pu être réalisé... Grâce à la bonne entente avec l'enseignante de CP, la demande a pu être maintenu, et le bilan a été réalisé durant le premier trimestre de son année de CP...Près d'un an de perdu, car le bilan ayant mis en évidence un profil atypique des résultats, nous avons été orientés vers d'autres professionnels pour affiner le diagnostic. Il s'avéra, après de multiples examens, que son problème était simplement d'ordre visuel, et qu'il a pu être traité par un changement de lunettes et quelques séances d'orthoptie, autrement dit presque rien. Mais comme le temps est passé, et que notre fils était en difficulté durant cette période charnière des apprentissages, il a accumulé un retard qu'il traîne encore aujourd'hui, deux ans plus tard. Si le processus d'intervention avait été plus rapide, il est certain que la prise en charge aurait favorisé ses apprentissages et diminué ses difficultés. »

« Sensibilisation du personnel enseignant et encadrant aux problématiques rencontrées par les élèves et pour lesquelles ils ne sont pas formés. La méconnaissance des problématiques entraîne de façon régulière des erreurs d'interprétation sur le niveau d'engagement de l'élève. Troubles dys Il entraîne également dans certaines situations la mise en place de sanctions pouvant aller jusqu'à l'exclusion. Troubles du comportement. Par manque de connaissance les problèmes ne sont pas traités mais le plus souvent déplacés. »

« Mon fils de 8 ans est épileptique. Le rendez-vous de début d'année pour l'établissement de son PAI à l'école n'a toujours pas eu lieu alors que nous sommes en décembre.... Avant ces rendez-vous avec la médecine scolaire avait lieu fin septembre. Une réorganisation est apparemment à l'origine de ce problème de charge de travail. La médecin scolaire me confiait l'année dernière qu'elle n'avait plus le temps de mener des actions de prévention dans les écoles primaires. »

Accompagner les parents et les orienter

Le besoin pour les parents d'être parfois accompagnés dans des démarches ou orientés dans le dédale du système de santé a été explicité.



PAROLES DE PARENTS



« La présence du corps médical dans les établissements permet d'alerter et d'accompagner les parents dans les prises en charge nécessaire au bon développement et à l'épanouissement de l'enfant. »

« Pour prévenir les parents en cas de soucis de santé. Et pour diriger les parents vers le bon professionnel. Ce n'est que lorsque le psychologue scolaire est venu observer mon enfant en classe (CM2) que le diagnostic de dysgraphie a pu être posé car il m'a orienté vers le bon professionnel. »

« L'absence de médecin scolaire fait naître de vrai problématique pour la mise en place des PAI et PAP. La pénurie de médecin étant de plus en plus importante un médecin scolaire permettrait de s'assurer du bon suivi des enfants et d'alerter les parents en cas de nécessité de consulter. »

« Aider à l'orientation vers les bons interlocuteurs (psychologue, orthophoniste, orthoptiste, bilan dans les structures adaptées). Fluidifier et accélérer les prises en charge médicales afin que des actions préventives soient possibles. »



Agir vite dans le cas d'un accident ou de petits maux au sein de l'établissement

La présence d'infirmières scolaires ou de médecins rassure également les parents en cas d'accident au sein de l'établissement, les autres personnels n'étant pas formés à ces prises en charge.

Certains parents regrettent que les infirmières ne puissent pas fournir des médicaments pour des petits maux, car systématiquement dans ces cas on appelle les parents qui doivent venir immédiatement chercher leur enfant ce qui parfois peut être compliqué à organiser et pas toujours nécessaire.



PAROLES DE PARENTS



« Dans le cas d'extrême urgence afin de pouvoir intervenir rapidement le temps d'avoir les secours appropriés et même dans le cas d'un accident sans gravité afin de prendre en charge l'enfant le temps qu'un parent ou un proche puisse venir le récupérer. »

« Le fait qu'elles ne peuvent pas administrer de médicaments de base comme le doliprane n'est pas une bonne chose pour les enfants. »

« Il est toujours possible d'avoir un problème de santé ou d'accident dans l'établissement d'où la nécessité d'avoir une présence médicale. »

« Car on en a besoin, pour éventuellement éviter le pire en situation d'urgence, et de faire les 1ers soins en cas de blessure. »

« C'est la première personne dans l'établissement à pouvoir sauver une vie dans le cadre des accidents scolaires. Cette personne peut aussi prévenir les parents sur des problèmes de santé importants chez les enfants. »

« Je trouve étonnant que l'école (école privée) ne puisse avoir de médecin ou infirmier scolaire. Si un enfant est souffrant la seule option de l'école : appeler les parents (qui ne sont pas médecins) et ont des soucis pour accéder un médecin de ville... »

« Dans l'école primaire de mes enfants il n'y a pas d'infirmière et dès qu'il y a un problème ils appellent les parents. Dans le collège du 78 en Yvelines, il nous est arrivé souvent que l'infirmière soient absente ou bien le poste pas pourvue et donc la même situation dès que l'enfant avait un symptôme quelconque il fallait aller le chercher. »

En conclusion quelques propositions de la part des parents



PAROLES DE PARENTS



« Développer le travail en partenariat avec les acteurs du social est indispensable. La santé ne peut être dissociée des sujets sociaux rencontrés par nos enfants peu importe leur âge. Réaliser des ateliers de réflexions dès le plus jeune âge sur des sujets divers, de façon adaptée à l'âge serait une très bonne alternative. »

« Je pense qu'il serait aussi judicieux que des ergothérapeutes puissent intervenir au sein des établissements scolaires pour permettre un accès à tous aux soins et/ou du dépistage plus efficient, plus rapide pour une prise en charge meilleure. Aujourd'hui entre la demande de RDV et le RDV les délais sont très long. »

« Orthophonie, beaucoup d'enfants sont diagnostiqués, à la suite du contrôle médecine scolaire, comme devant en bénéficier. Or, il y a une réelle impossibilité d'avoir un RDV à court terme. Il faudrait envisager au moins une intervention d'urgence à la suite d'un tel diagnostic, dans l'attente d'une place pour les élèves les plus en difficultés, afin de ne pas les laisser sans accompagnement sur une durée longue, souvent 6 mois d'attente pour un premier RDV... »

« Création d'un service national de prévention de la Santé de l'enfant et l'adolescent par la fusion de la PMI et Santé scolaire dont la gestion est assurée par les Conseils Départementaux... »

« La présence des psychologues scolaires nécessite d'être renforcée, à la fois concernant les problématiques de harcèlement et de phobies scolaires, mais aussi dans leurs missions d'aide à l'orientation au lycée. Il faudrait aussi mieux les former d'ailleurs sur ces missions ! »

« Nous avons tous que les jeunes ne vont pas facilement vers les professionnels. Il faut aller vers eux et quoi de mieux que d'installer des psychologues ou pédopsychiatres dans les établissements. »

Nous tenons en conclusion à remercier, une fois encore, tous les parents qui ont accepté de répondre, dans un délai très court, à ce questionnaire sur la médecine scolaire.

L'Unaf s'engage auprès d'eux à transmettre leurs témoignages et leurs propositions aux personnes en charge de la réalisation des Assises de la pédiatrie et de la santé des enfants afin que la médecine scolaire ne soit pas la grande oubliée de la future feuille de route ministérielle qui découlera de cet événement.

Recommandations en synthèse de l'enquête sur la médecine scolaire

- > S'assurer de la présence de professionnels de santé au sein de tous les établissements scolaires, car ils sont parfois les seuls professionnels de santé que voient les enfants au sein de certains territoires.
- > Développer l'attractivité et la valorisation des métiers de la santé scolaire.
- > Faire participer des professionnels de la santé scolaire aux réunions de début d'année avec les équipes pédagogiques afin qu'ils puissent présenter aux parents leurs missions et les modalités pour les joindre ou pour le moins diffuser systématiquement un livret présentant ces missions et modalités.
- > Renforcer l'effectivité du bilan de santé de la sixième année de l'enfant.
- > Établir un continuum du parcours de santé de l'enfant (1000 premiers jours, PMI, santé scolaire, professionnels de la santé des enfants, ...).
- > Encourager les liens entre la médecine libérale et la médecine scolaire en facilitant, notamment, la participation de représentants de la médecine scolaire aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).
- > Assurer la formation des professionnels de la santé scolaire (médecins, infirmières, psychologues, assistants sociaux) et des équipes pédagogiques au repérage des situations de harcèlement (sexuel, scolaire, cyberharcèlement) et ceci conformément à la loi du 2 mars 2022 sur le harcèlement scolaire.
- > Conforter la formation des équipes pédagogiques sur les besoins des enfants ayant des vulnérabilités.
- > Sensibiliser les professionnels de la santé scolaire et les équipes pédagogiques au repérage des jeunes aidants.
- > Faciliter l'intervention de « tiers » au sein des établissements scolaires (associations, professionnels de santé _ orthophonistes, orthoptistes, psychomotriciens..._, intervenants prévention, intervenants dans le cadre du service sanitaire...) et développer et valoriser l'implication des jeunes dans le domaine de la prévention et promotion en santé (ambassadeurs en santé, ambassadeurs de santé mentale, associations de prévention par les pairs...).
- > Renforcer l'information des parents et des enfants quant aux ressources qui peuvent exister au sein des bassins de vie (maisons des ados, consultations jeunes consommateurs (CJC), planning familial, Centres Médico-Psycho-Pédagogiques...).

ANNEXE 10 : Bibliographie

(Rapports)

- « *La décentralisation 40 ans après* », Cour des comptes et chambres régionales des comptes, rapport public annuel 2023, mars 2023
- « *L'organisation, le fonctionnement et l'évaluation des effets des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté* » IGESR, janvier 2022
- « *Droits de l'enfant : quel chemin parcouru et comment avancer ?* », Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 24 novembre 2022
- « *La place des personnels de santé et sociaux dans l'enseignement scolaire* », IGESR, rapport en cours de finalisation
- « *Évolution de la profession et de la formation infirmières* », IGAS-IGESR, octobre 2022
- « *Les relations entre les administrations centrales, les services déconcentrés et les opérateurs dans le champ de l'enseignement scolaire, de la jeunesse et des sports et de l'enseignement supérieur : stratégies nationales et subsidiarité* » IGESR, septembre 2022.
- « *Évaluation de la stratégie nationale de santé 2018-2022* », DREES, juin 2022
- « *Dessiner la santé publique de demain* », rapport remis par le Professeur Franck Chauvin au ministre des solidarités et de la santé, mars 2022
- Rapport d'information au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable par la mission d'information sur les perspectives de la politique d'aménagement du territoire et de cohésion territoriale, sur le volet « *renforcer l'accès territorial aux soins* », Bruno Rojouan, Sénat, mars 2022
- « *Santé mentale des enfants : le droit au bien-être* », Défenseur des droits, rapport 2021
- « *La santé des enfants - Une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé* » Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, Cour des comptes, décembre 2021
- « *La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France* », IGAS, mai 2021
- « *Les médecins et les personnels de santé scolaire* », Communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale, Cour des comptes, avril 2020
- « *Les 1000 premiers jours* », rapport de la commission d'experts présidée par Boris Cyrulnik, mars 2020
- « *Territoires et réussite* » rapport au ministre de l'éducation nationale, Ariane Azéma, IGESR, et Pierre Mathiot, professeur des universités, directeur de Sciences Po Lille, 5 novembre 2019

- « *Le dispositif statistique de surveillance et de recherche sur la santé de l'enfant* », Haut conseil pour la santé publique, octobre 2019
- « *Pour sauver la PMI, agissons maintenant !* » Rapport présenté par Michèle Peyron, députée, mars 2019
- « *Evaluation de la politique de prévention en protection de l'enfance* », IGAS, IGAENR et IGEN, janvier 2019
- « *Rapport en conclusion des travaux de la mission relative à la prévention santé en faveur de la jeunesse* », Cyrille Issac-Sibille et Ericka Bareights, députés, Assemblée nationale, septembre 2018
- « *La réorganisation territoriale des services déconcentrés des ministères de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation* », mars 2018
- « *Les morts violentes d'enfants au sein de la famille : évaluation des services sociaux, médicaux, éducatifs et judiciaires concourant à la protection de l'enfance* » (IGAS-IGAENR - IGJ, mai 2018)
- « *La médecine scolaire en France* », Académie nationale de médecine, octobre 2017
- « *Bien-être et santé des jeunes* », Pr Marie-Rose Moro, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et Jean-Louis Brison, inspecteur d'académie, novembre 2016
- « *Evaluation de politique publique – Place de la santé scolaire dans la santé des jeunes : état des lieux et perspectives* », IGAS, IGAENR et IGEN, avril 2016
- Rapport du groupe de travail "*Aptitude et médecine du travail* », Michel Issindou, député, Christian Ploton, membre de la DRH du groupe Renault, Sophie Fantoni-Quinton, professeur de médecine du travail, Dr Anne-Carole Bensadon, membre de l'inspection générale des affaires sociales, Hervé Gossé, membre de l'inspection générale des affaires sociales, mai 2015
- « *La médecine scolaire et la santé à l'école* », Sénat, direction de l'initiative parlementaire et des délégations, note établie à la demande de Maryvonne Blondin, sénatrice du Finistère, décembre 2011
- « *La politique de santé en direction des étudiants* », IGAS et IGAENR, novembre 2013
- « *Rapport d'information sur la médecine scolaire* », déposé par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques et présenté par Gérard Gaudron et Martine Pinville, députés, Assemblée nationale, 17 novembre 2011
- « *Contribution à l'évaluation de la médecine scolaire* », Cour des comptes, septembre 2011
- « *Les inégalités sociales de santé - Déterminants sociaux et modèles d'action* », IGAS, septembre 2011
- « *Enseignement scolaire* », avis présenté au nom de la commission des affaires culturelles et de l'éducation sur le projet de loi de finances pour 2011, Marc Bernier et Gérard Gaudron, députés, Assemblée nationale 14 octobre 2010

- *“School health promotion: organization of services and roles of health professionals in seven European countries”*, D. Jourdan, D. Pommier, EJPEHAA, 2009
- *« Outils et systèmes d’information pour les politiques sociales décentralisées »*, IGAS, février 2009
- *« Rapport d’information fait au nom de l’observatoire de la décentralisation sur le transfert des personnels techniciens, ouvriers et de service (TOS) et celui des personnels des directions départementales de l’équipement (DDE) »*, Sénat, 8 novembre 2006
- *« L’enfant et l’adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé »*, Professeur Danièle Sommelet, rapport au ministre des solidarités, de la santé et de la famille, 28 octobre 2006
- *« Evaluation du dispositif d’éducation à la santé à l’école et au collège »*, IGAS, IGAENR et IGEN, janvier 2004
- *« Santé des enfants, santé des jeunes »*, Haut comité de la santé publique, juin 1997
- *« La santé scolaire et universitaire »*, Conseil économique et social, avis adopté le 13 juin 1990 sur le rapport de M. Jacques Beaupré

(Documents autres)

- *« Compétences des collectivités locales »*, Marie-Christine Rouault, agrégée des facultés de droit, m.a.j. 3 octobre 2022
- *« La médecine scolaire en France en 2021 »* présentation de Pierre Bégué, président honoraire de l’Académie nationale de médecine et professeur émérite de pédiatrie à la faculté de médecine Paris Saint Antoine, septembre 2021
- *« Organisation. Prise en charge et suivi des élèves - Santé scolaire »*, Litec Le dirigeant territorial Fasc. 2284 1, m.a.j. 14 janvier 2021
- *JurisClasseur administratif* 29 janvier 2015, maj 25 juillet 2022, Bernard Toulemonde - inspecteur général honoraire de l’éducation nationale
- *« Avis relatif à la politique de santé à l’École »*, Haut conseil de la santé publique, 7 décembre 2011