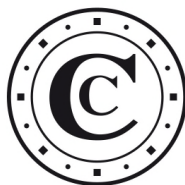


Cour des comptes



LES MEDECINS ET LES PERSONNELS DE SANTE SCOLAIRE

Les annexes

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

Avril 2020

Annexes

Annexe n° 1 :	échange de courrier entre le Premier président de la Cour des comptes et le Président de la commission des finances de l'Assemblée nationale	5
Annexe n° 2 :	rappel historique	8
Annexe n° 3 :	taux de féminisation des médecins, infirmiers, psychologues et assistants de service social	13
Annexe n° 4 :	données sur l'école inclusive.....	14
Annexe n° 5 :	prévisions et consommations des crédits budgétaires des personnels de santé scolaire et d'assistance sociale	16
Annexe n° 6 :	données sur l'allocation des moyens aux académies.....	17
Annexe n° 7 :	le taux d'occupation des postes de médecins (hors vacataires) délégués aux académies par l'administration centrale	18
Annexe n° 8 :	le taux d'occupation des postes des infirmiers, assistants de service social et psychologues et personnels contractuels	19
Annexe n° 9 :	nombre d'élèves par infirmier : évolution par département	20
Annexe n° 10 :	nombre d'élèves par médecin : évolution par département	24
Annexe n° 11 :	nombre d'élèves par assistant de service social : évolution par département.....	29
Annexe n° 12 :	nombre d'élèves par psychologue de l'éducation nationale : évolution par département	34
Annexe n° 13 :	l'enquête de la Cour auprès des académies : note méthodologique	40
Annexe n° 14 :	données sur la visite médicale de la 6 ^e année de l'enfant.....	42
Annexe n° 15 :	part des élèves dans leur 6 ^e année n'ayant pas été vu par un professionnel de santé de l'éducation nationale.....	47
Annexe n° 16 :	les services municipaux de santé scolaire dans les villes délégataires	51
Annexe n° 17 :	données sur le bilan infirmier des élèves dans leur 12 ^e année.....	69
Annexe n° 18 :	données sur la visite médicale obligatoire pour travaux réglementés	74
Annexe n° 19 :	résumé et orientations du rapport demandé par le Président de l'Assemblée nationale pour le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, Contribution à l'évaluation de la médecine scolaire (2011).....	76
Annexe n° 20 :	la rémunération des médecins	78
Annexe n° 21 :	organisation des services et évaluation des personnels	82
Annexe n° 22 :	les frais de déplacement des personnels	88
Annexe n° 23 :	évolution des CMS depuis 2013.....	89
Annexe n° 24 :	les systèmes d'information des personnels médico-sociaux	94
Annexe n° 25 :	les examens médicaux obligatoires pris en charge à 100 %	96
Annexe n° 26 :	la collaboration entre les Agences régionales de santé et l'éducation nationale	97

**Annexe n° 1 : échange de courrier entre le Premier président de la Cour
des comptes et le Président de la commission des finances
de l'Assemblée nationale**

ASSEMBLÉE NATIONALE

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

Le Président

n° 351

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

LIBERTÉ - ÉGALITÉ - FRATERNITÉ

PARIS, le 11 juillet 2019

Monsieur le Premier président,

À la suite de nos échanges, j'ai l'honneur de vous confirmer les sujets sur lesquels la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire demande la réalisation d'enquêtes à la Cour des comptes, conformément au 2° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.

Ces demandes portent sur :

- les heures supplémentaires dans la fonction publique ;
- les médecins et personnels de santé scolaire ;
- la structuration de la filière de la forêt et du bois et ses performances économique et environnementale ;
- les moyens affectés à la lutte contre le terrorisme ;
- les services d'inspection du travail.

Je vous prie de croire, Monsieur le Premier président, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



Éric WOERTH

Monsieur Didier MIGAUD
Premier président
Cour des comptes
13, rue Cambon
75001 PARIS

Cour des comptes

KCC D1902826 KZ
04/09/2019

Le 04 SEP. 2019

Le Premier président

Monsieur le Président,

Par lettre du 11 juillet 2019, vous m'avez demandé, sur la base du 2° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, la réalisation par la Cour des comptes d'une enquête sur « les médecins et personnels de santé scolaire ».

En réponse à ce courrier, je vous ai indiqué, dans ma lettre du 24 juillet 2019, que la Cour était en mesure d'effectuer cette enquête.

Le rapport sera préparé par la troisième chambre de la Cour. L'instruction a été confiée à Mmes Mireille Riou-Canals, conseillère maître, Véronique Boussarie, rapporteure extérieure, et MM. Gilles Pernias et Philippe Vannier, vérificateurs. M. André Barbé, Président de section, assurera le contre rapport.

La Présidente de la troisième chambre, Mme Sophie Moati, le contre rapporteur et les rapporteurs ont rencontré le 3 juillet dernier Mme Catherine Osson, rapporteure spéciale de la mission « Enseignement scolaire », pour préciser le champ et le calendrier de ce rapport.

Au vu de ces échanges, je vous propose de retenir comme périmètre de l'enquête les personnels de l'éducation nationale suivants : les médecins, les infirmiers, les assistants de service social et les psychologues de l'éducation nationale qui participent au repérage et au suivi des troubles de l'apprentissage susceptibles d'entraver la scolarité des élèves.

Dans ce périmètre, seront examinés l'organisation des services afin d'apprécier l'efficacité des collaborations entre ces quatre métiers dont les missions sont complémentaires, la répartition des effectifs sur les plans national et académique, leur pilotage et le suivi de leur performance, ainsi que les conditions de leur rémunération et de leur formation. Le rapport fera aussi le point sur les difficultés et les perspectives de recrutement de ces personnels, notamment des médecins

Monsieur Eric Woerth
Président de la Commission des
finances, de l'économie générale
et du contrôle budgétaire
Assemblée nationale
126, rue de l'Université
75355 PARIS SP 07

L'enquête portera une appréciation d'ensemble sur les moyens effectivement disponibles en académies pour répondre aux missions et objectifs fixés en matière de visites médicales et de suivi des élèves par le code de l'éducation et le code du travail. Elle présentera l'état des actions interministérielles, tant au niveau national que dans le cadre des conventions entre les agences régionales de santé et les rectorats. Elle examinera, au sein des académies, les collaborations existantes ou à développer avec d'autres acteurs, notamment la médecine de ville, les maisons départementales des personnes handicapées, les associations de prévention santé et les collectivités territoriales, en tenant compte du contexte nouveau de l'abaissement de l'âge d'entrée dans la scolarité obligatoire.

Les rapporteurs conduiront leurs investigations sur place auprès des services centraux des ministères chargés de l'éducation et de la santé et de cinq académies, au sein desquelles l'enquête se déploiera dans les rectorats, les services départementaux, les écoles et les établissements du second degré. Ils adresseront aussi un questionnaire à l'ensemble des académies. Ils examineront également les délégations rectorales confiées à des villes qui assurent les visites médicales obligatoires prévues par le code de l'éducation.

Le rapport vous sera remis au plus tard à la mi-avril 2020.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération *en de*
mes sentiments et meilles



Didier Migaud

Annexe n° 2 : rappel historique

De l'hygiène publique à la promotion de la santé, une histoire administrative dont les effets perdurent

L'idée d'une action des pouvoirs publics en faveur de la santé des enfants à l'école remonte à la période révolutionnaire¹. En 1793, Lakanal, dans le cadre d'un *projet de décret pour l'établissement de l'instruction nationale*, présentait à la Convention un projet d'inspection médicale scolaire : « un officier de santé du district est chargé par le bureau d'inspection de visiter dans les quatre saisons de l'année toutes les écoles nationales du district. Il examine les enfants et indique, en général et en particulier, les règles les plus propres à fortifier leur santé. » Le projet de décret étant repoussé, l'idée ne fera son chemin qu'au cours du siècle suivant.

Au XIX^e siècle, l'action dans ce domaine se concrétise, d'abord sous le Premier Empire, par les visites de contrôle organisées par les préfets au sein des collèges et lycées, puis par l'action communale : la *loi Guizot de 1833* confie à un comité communal la mission de veiller à la salubrité des écoles publiques et privées. Les communes joueront par la suite un rôle clé en matière de santé à l'école, qui perdure encore aujourd'hui dans quelques cas : celui des villes de santé scolaire, qui exercent par délégation une partie des missions de l'État dans ce domaine².

Ainsi, sous la III^e République, la *loi Goblet du 30 octobre 1886 relative à l'enseignement primaire* confie aux médecins-inspecteurs communaux ou départementaux une mission d'inspection sanitaire des écoles³. Cette évolution est cohérente avec la législation relative aux pouvoirs des communes, responsables de la salubrité publique, et dotées par une *loi du 15 février 1902, relative à la santé publique, de bureaux d'hygiène municipaux*.

La législation relative à la santé scolaire évolue dans les années 1930 : le projet de loi déposé par Édouard Herriot, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en 1928, visant à rendre obligatoire un contrôle médical pour tous les élèves et le personnel, en créant un service centralisé, ne sera adopté qu'en 1934. Un décret du 17 juin 1938 (décret Jean Zay, alors ministre de l'instruction publique), instaure un contrôle médical dans les collèges, les lycées et à l'université.

C'est à la Libération que la santé scolaire s'est structurée, sur le fondement d'une *ordonnance du 18 octobre 1945*⁴ : l'état sanitaire de la population après les années de guerre et d'occupation, marquées par les privations, est préoccupant, et il s'agit en priorité de lutter contre la tuberculose, alors très répandue, et contre la malnutrition et le rachitisme. Cette ordonnance crée un *service national d'hygiène scolaire et universitaire, sous la responsabilité du ministère*

¹ Le rappel historique qui suit doit beaucoup à l'ouvrage des Drs Janine HARDY-DURST et Maryvonne HYBERT et de Mme Thérèse RIGAUDY : *Les services médicaux, infirmiers et sociaux de l'Éducation nationale*, 1997, Berger-Levrault.

² Antibes, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon, Nantes, Paris, Rennes, Strasbourg, Vénissieux, Villeurbanne ; voir annexe n° 16.

³ Art. 9 « L'inspection des établissements d'instruction primaire publics ou privés est exercée : [...] Au point de vue médical, par les médecins-inspecteurs communaux ou départementaux. »

⁴ Ordonnance n°45-2407 du 18 octobre 1945 sur la protection de la santé des enfants d'âge scolaire, des élèves et du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres.

de l'éducation nationale, dans le but de systématiser les visites médicales des élèves, étudiants et personnels. Elle instaure la visite médicale obligatoire de la 6^e année, et des examens périodiques au cours de la scolarité, organisés avec le concours du service social scolaire. Elle impose la création de *centres médico-sociaux scolaires* dans chaque chef-lieu de département et d'arrondissement ainsi que dans toute commune de plus de 5 000 habitants. L'ordonnance prévoit enfin l'installation d'un *comité consultatif national de l'hygiène scolaire et universitaire*. L'ensemble de cette structuration se fait en accord avec le ministère de la santé.

Par la suite, la santé scolaire a oscillé entre rattachement à l'éducation nationale ou à la santé. En 1964, la préoccupation de regrouper l'ensemble des services sanitaires et sociaux, par la création des directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS), a conduit à regrouper les services de santé scolaire et les services sanitaires et sociaux. Un décret du 30 juillet 1964 crée un corps de médecins fonctionnaires, au sein du ministère de la santé publique et de la population, intégrant les médecins scolaires, comme les médecins inspecteurs de santé. Les infirmières scolaires exerçant en établissement restaient, dans le cadre d'un nouveau corps⁵, au sein de l'éducation nationale, tandis que celles qui étaient affectées à un secteur se voyaient rattachées au ministère de la santé.

La question du rattachement de la santé scolaire au département a donné lieu à d'âpres débats au moment de la décentralisation, l'idée de regrouper ces missions avec celles de la PMI et de l'aide sociale à l'enfance étant finalement écartée.

La réforme suivante, en 1984, a été inspirée par la préoccupation croissante de la promotion de la santé, nécessairement portée par la communauté éducative : elle a conduit à transférer la santé scolaire en sens inverse, au ministère de l'éducation. Dans un premier temps, les infirmières de secteur ont rejoint le corps des infirmières de l'éducation nationale (1985) ; après plusieurs années de débat, la question de l'évolution du corps des médecins de santé publique a été tranchée par la création d'un corps spécifique de médecins de l'éducation nationale (décret du 27 novembre 1991).

Cet historique semble avoir beaucoup pesé sur l'organisation des services de santé scolaire, expliquant pour une large part leur scission persistante entre service infirmier et service médical. En effet, pendant 20 ans, les infirmières scolaires ont exercé leurs missions de manière largement autonome par rapport aux médecins, rattachés à un autre ministère. Le retour de ceux-ci au sein de l'Éducation nationale a alimenté la crainte d'une dépendance fonctionnelle, suscitant dans bien des cas une réaction de farouche rejet.

Alors même que, de 1964 à 1984, le service de santé scolaire relevait du ministère de la santé, l'Éducation nationale s'était engagée dans une démarche d'éducation à la santé, dont témoigne par exemple une circulaire Fontanet de 1973 qui permet pour la première fois de dispenser à l'école une information et une éducation sexuelle.

À la fin des années 1980, la conception de la santé scolaire évolue notablement vers **la promotion de la santé**, sous l'influence de la Charte d'Ottawa de novembre 1986 par laquelle l'OMS se dote d'une nouvelle définition de la santé⁶ : celle-ci est vue non plus seulement

⁵ Décret n° 65-694 du 10 août 1965 portant création de corps particuliers d'infirmiers et d'infirmières d'État.

⁶ « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son

comme l'absence de maladie, mais comme « ressource pour la vie quotidienne », permettant de faire face aux situations de la vie. Les années 1990 sont ponctuées de diverses circulaires visant à lutter contre le tabagisme, les drogues, à prévenir les conduites à risque, le SIDA, etc. La structuration de la promotion de la santé s'opère à partir d'une circulaire du 24 novembre 1998, qui précise le rôle des acteurs, et crée les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) au sein des EPLE.

*Entre 1991 et 2001, il existe un service de promotion de la santé en faveur des élèves (SPSFE), associant médecins, infirmières et assistants sociaux⁷. 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. Depuis, avec des révisions périodiques, chacun des métiers est doté d'une circulaire qui en fixe les missions, l'ensemble étant coiffé par une circulaire chapeau n° 2015-117 du 10 novembre 2015 « politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves » qui vise à en organiser les complémentarités. Cet historique explique que le ministère en soit arrivé à une *gestion en silos des métiers considérés*, sur laquelle reviendra la 3e partie de ce rapport, et qui constitue *un handicap pour la performance du dispositif de santé scolaire au sein de l'Éducation nationale*.*

Des missions fréquemment redéfinies par le législateur au cours des vingt dernières années

Depuis longtemps, les objectifs de visite médicale à l'entrée dans les apprentissages ne sont pas atteints. En raison de la difficulté de recruter des médecins scolaires, la situation est particulièrement critique en ce qui concerne la réalisation de la visite médicale de la 6^e année, dont doivent en principe bénéficier tous les enfants.

Cette visite est prescrite par l'article L. 541-1 du code de l'éducation, principal fondement juridique de la santé scolaire. Or, **depuis juin 2000, six versions de cet article se sont succédé**, de plus en plus étoffées.

- Jusqu'au 18 janvier 2002, l'article prescrit principalement la visite médicale obligatoire et gratuite pour « tous les enfants » dans leur 6^e année ; il prévoit ensuite « des examens médicaux périodiques » pendant tout le cours de la scolarité, et renvoie à un décret en Conseil d'État ;

- La version suivante⁸, applicable jusqu'au 6 mars 2007, ajoute que « à l'occasion de cette visite, un dépistage des troubles spécifiques du langage est organisé » ; une prise en charge et un suivi adaptés sont prévus ; la loi fait mention du lien entre les médecins de l'Éducation nationale et l'équipe éducative ainsi qu'avec les professionnels de santé ;

milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. »

⁷ Le site du syndicat infirmier SNICS-FSU de l'académie de Lille indique que ce service est alors « imposé aux infirmières de l'Éducation nationale » et « tente de reproduire le fonctionnement *santé-scolaire* à l'EN », c'est-à-dire un dispositif perçu comme hérité du ministère de la santé.

⁸ Résultant de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

- **La loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 de protection de l'enfance, particulièrement ambitieuse en matière de visites médicales, rajoute, à celle de la 6^e année, des visites médicales obligatoires au cours de la 9^e, la 12^e et la 15^e année ;** toutes ces visites s'appliquent à « **tous les enfants** » et comportent « un bilan de leur état de santé physique et psychologique ». La faculté est introduite pour les parents de fournir un certificat médical attestant que ce bilan « a été assuré par un professionnel de santé de leur choix », ce qui leur permet donc de recourir à un médecin libéral ou hospitalier. Les textes réglementaires fixant le contenu de l'examen médical de prévention et de dépistage relèvent du ministère de la santé.

Autre mention nouvelle importante : le suivi sanitaire des élèves est exercé non seulement avec le concours du service social, mais aussi « dans les établissements du second degré, de l'infirmière qui leur est affectée ».

Le texte prévoyait une montée en charge progressive : ainsi dans un délai de trois ans à compter de la publication de la loi, les visites obligatoires devaient être assurées pour la moitié au moins de la classe d'âge concernée et pour la totalité dans un délai de six ans. **La santé scolaire devait ainsi assumer, avec la PMI, une mission importante de protection de l'enfance.**

- C'est **la loi du 8 juillet 2013 de refondation de l'école de la République** qui, outre une définition du champ de la promotion de la santé dans un article L. 141-4-1 nouveau⁹, introduit la **promotion de la santé** dans l'article L. 541-1, en confiant ces missions « en priorité » aux « médecins et infirmiers de l'éducation nationale » ; à ce titre, indique la loi, « 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 » ; on voit ainsi apparaître la notion de parcours de santé, qui sera ensuite reprise par la loi santé de 2016. Le nouveau texte énonce deux objectifs de cette politique de santé scolaire ainsi reformulée : **réussite scolaire et réduction des inégalités en matière de santé.**

Le texte de 2013 ne fait plus mention des visites médicales de la 9^e, 12^e et 15^e années, mais seulement de celle de la 6^e année, renvoyant au-delà, comme d'ailleurs tous les textes antérieurs (y compris la loi de 2007), à « des examens médicaux périodiques » qui sont « également effectués pendant tout le cours de la scolarité ». S'agissant de la visite médicale

⁹ Art. L. 121-4-1 « II.- Le champ de la mission de promotion de la santé à l'école comprend :

1° La mise en place d'un environnement scolaire favorable à la santé ;

2° L'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation à la santé destinés à développer les connaissances des élèves à l'égard de leur santé et de celle des autres et à l'égard des services de santé ;

3° La participation à la politique de prévention sanitaire mise en œuvre en faveur des enfants et des adolescents, aux niveaux national, régional et départemental, et la promotion des liens entre services de santé scolaire, services de prévention territorialisée, services de santé ambulatoire et services hospitaliers ;

3° bis La coordination des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile avec les missions conduites dans les écoles élémentaires et maternelles ;

4° La réalisation des examens médicaux et des bilans de santé définis dans le cadre de la politique de la santé en faveur des enfants et des adolescents ainsi que ceux nécessaires à la définition des conditions de scolarisation des élèves ayant des besoins particuliers ;

5° La détection précoce des problèmes de santé ou des carences de soins pouvant entraver la scolarité ;

6° L'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisé des élèves ;

7° La participation à la veille épidémiologique par le recueil et l'exploitation de données statistiques.

La promotion de la santé à l'école telle que définie aux 1° à 7° du présent II relève en priorité des médecins et infirmiers de l'éducation nationale. » [...].

obligatoire de la 6^e année, la rédaction de la loi devient beaucoup plus floue et ambiguë ; la mention « tous les enfants » disparaît, et les ministres chargés de l'application (éducation nationale et santé) ont une certaine marge de manœuvre : ils « 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 ».

La mission du service social n'est désormais mentionnée que pour le second degré : « [...] 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. »

- La version modifiée par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé intègre la référence à deux notions clés de cette loi ; la première est le parcours éducatif en santé¹⁰, de la maternelle au lycée, qui comporte une éducation en matière d'alimentation, d'hygiène, d'activité physique, de prévention des conduites à risque, visant à apprendre à chaque enfant à prendre soin de soi et des autres ; la seconde est la désignation par les parents d'un médecin traitant, généraliste ou pédiatre, pour leurs enfants (jusqu'à 16 ans), pour coordonner leur suivi et améliorer le dépistage précoce de l'obésité, des troubles des apprentissages, et plus tard des conduites addictives.

- Enfin, l'article L. 541-1 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 « 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 ». L'article assigne à cette visite « un dépistage des troubles de santé, qu'ils soient sensoriels, psycho-affectifs, staturo-pondéraux ou neuro-développementaux, en particulier du langage oral. » Les services de santé scolaire devront donc remédier aux difficultés de la PMI, qui sont importantes, tout en assumant la visite de la 6^e année, dont ils ne parviennent aujourd'hui à s'acquitter que pour moins du cinquième des élèves. Le texte dispose en effet : « Au cours de la 6^e 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. » On notera que la loi ne précise pas que cette visite concerne tous les enfants (bien que le présent soit prescriptif), ni qu'il s'agit d'une visite par un médecin. Cette rédaction laisse au pouvoir réglementaire une plus grande latitude quant à l'organisation de ces visites. Ces dispositions entreront en vigueur à la rentrée scolaire 2020 ; au moment du dépôt du présent rapport, les mesures d'application sont l'objet d'une préparation dans le cadre interministériel, et ne sont pas arbitrées. Néanmoins, le ministère affiche la doctrine suivante : « Il n'est pas nécessaire que tous les enfants de cette tranche d'âge soient vus, sans évidemment exclure que tous les enfants puissent à tout moment être accompagnés ou suivis par un professionnel de santé. En revanche, il est indispensable que ceux qui en ont effectivement besoin bénéficient d'une visite par un médecin. Il s'agit de prendre en considération tous les enfants, sans qu'ils aient tous besoin d'un examen approfondi. »¹¹

¹⁰ Référence à l'article L. 121-4-1 du même code de l'éducation : cet article fixe le champ de la mission de promotion de la santé à l'école. Son avant-dernier alinéa, auquel renvoie l'article L. 541-1 depuis 2016, indique que cette mission s'exerce en lien avec les ARS, les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie.

¹¹ Source : education.gouv.fr ; le système éducatif ; la loi pour une école de la confiance.

Annexe n° 3 : taux de féminisation des médecins, infirmiers, psychologues et assistants de service social

Tableau n° 1 : taux de féminisation des médecins, infirmiers, psychologues et assistants de service social

<i>Médecins*</i>	45,8 %
<i>dont médecins éducation nationale</i>	96,0 %
<i>Infirmiers*</i>	86,6 %
<i>dont infirmiers éducation nationale</i>	96,1 %
<i>Psychologues*</i>	85,6 %
<i>dont psychologues éducation nationale</i>	86,2 %
<i>Assistants/Conseillers techniques de service social ministères sociaux**</i>	90,2 %
<i>Assistants de service social éducation nationale</i>	95,6 %

* Effectifs 2018 de l'ensemble des professionnels de santé sur le territoire national (Source : site internet data.drees.sante.gouv.fr)

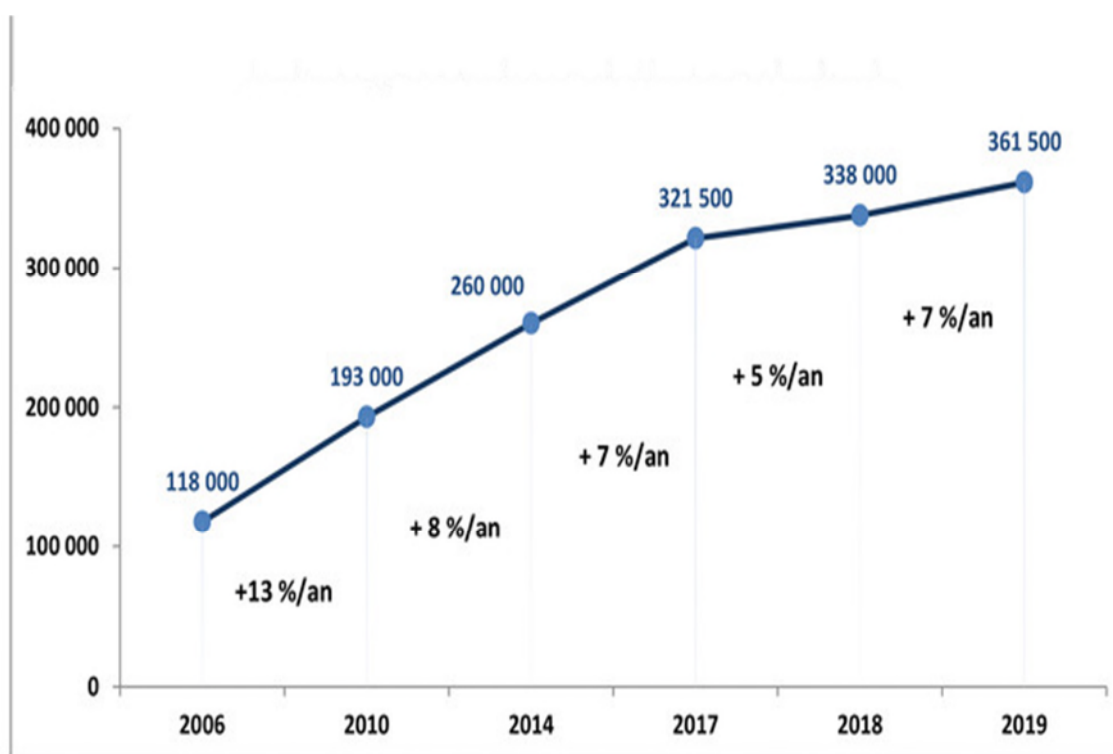
Personnels de l'éducation nationale : Observation au 30 novembre 2018 (source : DEPP).

** Chiffres au 31 décembre 2016 (source : rapport égalité femmes-hommes des ministères sociaux).

Annexe n° 4 : données sur l'école inclusive

Les effectifs d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire ont triplé depuis 2006. L'accroissement des besoins a eu pour corollaire une progression très sensible des effectifs et des dépenses de rémunération des personnels d'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap. Le ministère de l'éducation nationale a ainsi maintenu un taux de couverture des prescriptions des CADPH supérieur à 90 %.

Graphique n° 1 : évolution des effectifs d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire



Source : MENJ

Tableau n° 2 : évolution des dépenses de rémunération des personnels d'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap (en M€)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019 (Prévisions)
AESH T2	285,5	307,2	356,0	540,4	758,9	864,6
AESH-co HT2	76,4	81,0	72,2	63,3	59,1	52,7
AESH-m HT2	89,0	92,8	104,4	97,8	126,5	309,8
Contrats aidés	274,1	286,1	307,4	288,5	226,6	298,2
Total	725,0	767,1	840,0	990,0	1 171,1	1 525,3

Source : RAP 2014 à 2018 et PAP 2019 du programme 230

Tableau n° 3 : évolution des effectifs des personnels d'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap

	2014	2015	2016	2017	2018	2019 (Prévisions)
<i>AESH T2 en ETP</i>	10 621	11 704	13 319	20 384	28 513	35 409
<i>AESH-co HT2 en ETP</i>	2 958	3 069	2 669	2 300	1 943	1 942
<i>AESH-m HT2 en ETP</i>	3 448	3 516	3 862	3 551	4 186	11 425
<i>Contrats aidés en nombre</i>	67 500	69 959	74 822	65 981	42 245	26 767

Source : RAP 2014 à 2018 et PAP 2019 du programme 230

Tableau n° 4 : taux de couverture des prescriptions des CDAPH pour la scolarisation des élèves en situation de handicap (indicateur 2.3 du programme 230)

	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Taux de couverture des prescriptions d'aide humaine</i>	93,8	93,9	92,6	92	93
<i>Nombre de prescriptions d'aide humaine reçues</i>	119 944	130 819	146 507	164 578	187 454
<i>Taux de couverture, des prescriptions d'aide humaine individuelle</i>	94	93,9	93,4	92,6	93,8
<i>Nombre de prescriptions d'aide humaine individuelle reçues</i>	80 848	83 166	87 860	95 462	97 744
<i>Taux de couverture, des prescriptions d'aide humaine mutualisée</i>	93,2	93,9	91,5	91,2	92,1
<i>Nombre de prescriptions d'aide humaine mutualisée reçues</i>	39 096	47 653	58 647	69 116	89 710
<i>Taux de couverture, des prescriptions de mise à disposition de matériels pédagogiques adaptés</i>	84,7	83,4	81,7	81,2	80
<i>Nombre de prescriptions de mise à disposition de matériels pédagogiques adaptés reçues</i>	24 320	27 048	30 199	33 188	33 926

Source : RAP du programme 230 – Vie de l'élève

Annexe n° 5 : prévisions et consommations des crédits budgétaires des personnels de santé scolaire et d'assistance sociale

Les dépenses de personnel (titre 2) réalisées dépassent systématiquement les crédits votés en loi de finances initiale (LFI), alors que, paradoxalement, les emplois sont sous consommés.

Tableau n° 5 : prévisions LFI et consommation des crédits T2 (en M€) et des emplois (en ETPT) des personnels de santé scolaire et d'assistance sociale

		Action 2 - Santé scolaire		Action 4 - Action sociale	
		Titre 2	Emplois	Titre 2	Emplois
2018	LFI (1)	500,5	9 606	178,2	3 044
	Consommés (2)	556,8	8 723	193,3	2 918
	Écart (1)-(2)	-56,3	883	-15,1	126
2017	LFI (1)	487,8	9 540	171,8	2 976
	Consommés (2)	554,7	8 732	190,1	2 866
	Écart (1)-(2)	-66,9	808	-18,3	110
2016	LFI (1)	471,5	9 440	164,0	2 942
	Consommés (2)	543,8	8 734	182,8	2 802
	Écart (1)-(2)	-72,2	706	-18,8	140
2015	LFI (1)	469,2	9 390	163,2	2 893
	Consommés (2)	529,6	8 697	174,6	2 725
	Écart (1)-(2)	-60,5	693	-11,4	168
2014	LFI (1)	455,6	9 303	160,4	2 847
	Consommés (2)	520,3	8 651	171,3	2 677
	Écart (1)-(2)	-64,7	652	-10,9	170
2013	LFI (1)	449,3	9 293	158,2	2 774
	Consommés (2)	507,7	8 927	167,1	2 631
	Écart (1)-(2)	-58,5	366	-8,9	143

Source : RAP du programme 230

Annexe n° 6 : données sur l'allocation des moyens aux académies

Tableau n° 6 : nombre d'élèves par ETPT alloués en 2018

<i>Académie</i>	Médecin	Infirmier	Assistant service social	PsyEN 1D	PsyEN 2D
<i>Aix-Marseille</i>	7 761	1 422	1 678	1 508	1 089
<i>Amiens</i>	8 449	1 241	1 833	1 322	927
<i>Besançon</i>	9 568	1 175	2 187	1 102	929
<i>Bordeaux</i>	10 680	1 360	2 806	1 405	1 143
<i>Caen</i>	8 139	1 031	2 174	1 444	913
<i>Clermont-Ferrand</i>	8 435	986	1 974	1 461	932
<i>Corse</i>	6 797	1 098	1 448	1 900	1 017
<i>Créteil</i>	9 166	1 570	1 334	1 399	1 081
<i>Dijon</i>	8 634	1 146	2 055	1 295	875
<i>Grenoble</i>	10 040	1 477	2 499	1 616	1 180
<i>Lille</i>	7 239	1 191	1 693	1 761	848
<i>Limoges</i>	11 062	893	1 711	1 402	871
<i>Lyon</i>	10 111	1 483	2 044	1 763	1 056
<i>Montpellier</i>	9 758	1 511	2 256	1 535	1 278
<i>Nancy-Metz</i>	8 684	1 130	1 931	1 468	816
<i>Nantes</i>	11 333	1 281	2 687	1 652	1 089
<i>Nice</i>	8 174	1 629	2 341	1 636	1 235
<i>Orléans-Tours</i>	11 747	1 324	2 132	1 514	1 049
<i>Paris</i>	8 920	1 216	2 103	1 052	742
<i>Poitiers</i>	7 276	1 184	2 442	1 305	975
<i>Reims</i>	7 810	1 094	1 887	1 254	805
<i>Rennes</i>	9 831	1 133	2 857	1 748	1 055
<i>Rouen</i>	7 423	1 283	1 790	1 612	955
<i>Strasbourg</i>	7 492	1 444	1 969	1 886	1 048
<i>Toulouse</i>	9 529	1 320	2 249	1 467	1 208
<i>Versailles</i>	8 565	1 666	1 825	1 487	1 167
<i>Guadeloupe</i>	6 210	1 168	1 210	1 069	915
<i>Guyane</i>	10 144	1 298	1 115	2 301	1 541
<i>La Réunion</i>	6 867	1 327	1 422	1 576	1 314
<i>Martinique</i>	5 882	935	1 116	728	764
<i>Mayotte</i>	33 208	2 351	2 125	10 417	4 922
<i>France métro+DOM</i>	8 880	1 332	1 962	1 501	1 038

Sources : Calcul Cour des comptes d'après données de la DGESCO et de la DEPP. Champ : Médecins : élèves des 1^{er} et 2nd degré public et privé. Infirmiers : élèves des 1^{er} et 2nd degré public. Assistants de service social : élèves du 2nd degré public et privé. PsyEN 1D : élèves du 1^{er} degré public. PsyEN 2D (hors stagiaires) : élèves du 2nd degré public

Annexe n° 7 : le taux d'occupation des postes de médecins (hors vacataires) délégués aux académies par l'administration centrale

Au 30 novembre 2018, le taux d'occupation des postes est inférieur à 60 % dans 6 académies, dont 3 ont un taux inférieur à 50 % : Rouen (43 %), Créteil (43 %) et Reims (48 %). À l'opposé, 5 académies présentent un taux supérieur à 85 % : Montpellier (87 %), La Réunion (88 %), Toulouse (89 %), Nantes (89 %) et Paris (100 %).

Tableau n° 7 : évolution du taux d'occupation des postes de médecins entre 2013 et 2018

<i>Académie</i>	30/11/2013	30/11/2018
<i>Aix-Marseille</i>	95 %	75 %
<i>Amiens</i>	72 %	70 %
<i>Besançon</i>	93 %	67 %
<i>Bordeaux</i>	87 %	75 %
<i>Caen</i>	98 %	81 %
<i>Clermont-Ferrand</i>	85 %	61 %
<i>Corse</i>	83 %	57 %
<i>Créteil</i>	69 %	43 %
<i>Dijon</i>	91 %	75 %
<i>Grenoble</i>	86 %	84 %
<i>Guadeloupe</i>	54 %	74 %
<i>Guyane</i>	64 %	63 %
<i>La Réunion</i>	102 %	88 %
<i>Lille</i>	81 %	61 %
<i>Limoges</i>	96 %	53 %
<i>Lyon</i>	94 %	67 %
<i>Martinique</i>	78 %	73 %
<i>Montpellier</i>	95 %	87 %
<i>Nancy-Metz</i>	78 %	60 %
<i>Nantes</i>	96 %	89 %
<i>Nice</i>	106 %	78 %
<i>Orléans-Tours</i>	76 %	54 %
<i>Paris</i>	93 %	100 %
<i>Poitiers</i>	88 %	77 %
<i>Reims</i>	55 %	48 %
<i>Rennes</i>	76 %	76 %
<i>Rouen</i>	57 %	43 %
<i>Strasbourg</i>	79 %	77 %
<i>Toulouse</i>	99 %	89 %
<i>Versailles</i>	80 %	62 %
<i>Métropole + 4 DOM</i>	83 %	69 %

Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies et du MENJ (DEPP)

Annexe n° 8 : le taux d'occupation des postes des infirmiers, assistants de service social et psychologues et personnels contractuels

Tableau n° 8 : évolution du taux d'occupation des postes entre 2013 et 2018

	Taux global d'occupation des postes		Taux global d'occupation des postes par des titulaires	
	30-nov-13	30-nov-18	30-nov-13	30-nov-18
<i>Infirmiers</i>	100,3 %	101,8 %	91,9 %	91,7 %
<i>Assistants de service social</i>	105,2 %	104,7 %	93,5 %	94,7 %
<i>Psychologues 1^{er} degré</i>	ND	98,5 %	ND	92,8 %
<i>Psychologues 2nd degré</i>	104,4 %	105,5 %	78,1 %	80,9 %

Source : Calcul Cour des comptes d'après données de la DEPP et réponses des académies

ND : En 2013, les emplois de psychologues 1^{er} degré ne faisaient pas l'objet d'une dotation spécifique

La part des contractuels dans le total des effectifs est très variable selon les académies comme retracé dans le tableau ci-dessous.

Tableau n° 9 : le recours au personnels contractuels : les taux les plus élevés et les taux les plus faibles (hors Mayotte)

	Moyenne nationale	Les taux académiques les plus élevés	Les taux académiques les plus faibles
<i>Médecins</i>	17,4 %	Guyane : 80,0 % Paris : 42,9 % Corse : 37,5 %	Martinique : 0 % Rennes : 5,9 % Besançon : 6,8 %
<i>Infirmiers</i>	10,0 %	Orléans-Tours : 14,7 % Caen : 14,5 % Martinique : 14,1 %	Strasbourg : 2,7 % Créteil : 4,2 % Aix-Marseille : 4,5 %
<i>Assistants de service social</i>	9,7 %	Caen : 18,9 % Rouen : 16,7 % Bordeaux : 16,7 %	Guyane : 3,0 % Versailles : 3,2 % Paris : 4,5 %
<i>Psychologues 1^{er} degré</i>	6,6 %	Guyane : 34,8 % La Réunion : 24,4 % Dijon : 14,7 %	Nice, Paris, Rouen, Martinique : 0 %
<i>Psychologues 2nd degré</i>	25,0 %	Dijon : 38,3 % La Réunion : 37,1 % Grenoble : 36,2 %	Aix-Marseille : 13,8 % Caen : 14,1 % Guadeloupe : 14,1 %

Annexe n° 9 : nombre d'élèves par infirmier : évolution par département

Le taux d'encadrement s'est amélioré depuis 2013 dans les trois quarts des départements, particulièrement dans trois départements ultramarins (Mayotte : -27 % d'élèves par ETP ; Martinique : -23 % ; Guadeloupe : -18 %), en Haute-Loire (-22 %), dans le Gers, l'Indre et la Meuse (-15 % pour ces trois derniers départements). En revanche, il se dégrade dans 19 départements (la situation est stable dans 6 départements), surtout en Ardèche (+21 % d'élèves par ETP) et en Lozère (+18 %).

Les variations peuvent être significatives au sein d'une même académie. Ainsi, dans l'académie d'Aix-Marseille, les départements des Alpes-de-Haute-Provence (978) et les Hautes-Alpes (848) sont très en deçà de la moyenne académique (1 457) et sont deux fois mieux pourvus que le département des Bouches-du-Rhône (1 633). Le département de la Lozère (692) bénéficie d'un encadrement infirmier deux fois plus favorable que celui de l'académie de Montpellier dans sa globalité (1 487) :

Tableau n° 10 : évolution par département du nombre d'élèves par infirmier entre 2013 et 2018

<i>Académie/Département</i>	Nombre d'élèves par ETP d'infirmier		
	<i>30/11/2013</i>	<i>30/11/2018</i>	<i>Variation</i>
<i>Aix-Marseille</i>	1 474	1 457	-1 %
<i>Alpes-de-Haute-Provence</i>	1 058	978	-8 %
<i>Bouches-du-Rhône</i>	1 636	1 633	0 %
<i>Hautes-Alpes</i>	917	848	-7 %
<i>Vaucluse</i>	1 373	1 356	-1 %
<i>Amiens</i>	1 275	1 186	-7 %
<i>Aisne</i>	1 150	1 051	-9 %
<i>Oise</i>	1 397	1 307	-6 %
<i>Somme</i>	1 235	1 157	-6 %
<i>Besançon</i>	1 177	1 138	-3 %
<i>Doubs</i>	1 255	1 198	-5 %
<i>Haute-Saône</i>	1 105	1 123	2 %
<i>Jura</i>	1 027	952	-7 %
<i>Territoire de Belfort</i>	1 361	1 346	-1 %
<i>Bordeaux</i>	1 337	1 350	1 %
<i>Dordogne</i>	1 153	1 075	-7 %
<i>Gironde</i>	1 472	1 557	6 %
<i>Landes</i>	1 285	1 243	-3 %
<i>Lot-et-Garonne</i>	1 270	1 171	-8 %
<i>Pyrénées-Atlantiques</i>	1 230	1 253	2 %
<i>Caen</i>	1 134	1 017	-10 %

<i>Académie/Département</i>	Nombre d'élèves par ETP d'infirmier		
	<i>30/11/2013</i>	<i>30/11/2018</i>	<i>Variation</i>
<i>Calvados</i>	1 211	1 062	-12 %
<i>Manche</i>	1 115	998	-10 %
<i>Orne</i>	995	938	-6 %
<i>Clermont-Ferrand</i>	1 005	917	-9 %
<i>Allier</i>	993	973	-2 %
<i>Cantal</i>	742	680	-8 %
<i>Haute-Loire</i>	987	773	-22 %
<i>Puy-de-Dôme</i>	1 096	1 006	-8 %
<i>Corse</i>	1 070	1 065	-1 %
<i>Corse-du-Sud</i>	994	1 077	8 %
<i>Haute-Corse</i>	1 147	1 054	-8 %
<i>Créteil</i>	1 548	1 522	-2 %
<i>Seine-et-Marne</i>	1 702	1 642	-4 %
<i>Seine-Saint-Denis</i>	1 311	1 318	1 %
<i>Val-de-Marne</i>	1 785	1 741	-2 %
<i>Dijon</i>	1 186	1 097	-8 %
<i>Côte-d'Or</i>	1 258	1 183	-6 %
<i>Nièvre</i>	906	817	-10 %
<i>Saône-et-Loire</i>	1 202	1 128	-6 %
<i>Yonne</i>	1 275	1 136	-11 %
<i>Grenoble</i>	1 457	1 467	1 %
<i>Ardèche</i>	1 067	1 290	21 %
<i>Drôme</i>	1 381	1 302	-6 %
<i>Haute-Savoie</i>	1 718	1 861	8 %
<i>Isère</i>	1 505	1 444	-4 %
<i>Savoie</i>	1 346	1 321	-2 %
<i>Guadeloupe</i>	1 324	1 088	-18 %
<i>Guyane</i>	1 470	1 301	-12 %
<i>La Réunion</i>	1 370	1 284	-6 %
<i>Lille</i>	1 213	1 157	-5 %
<i>Nord</i>	1 207	1 134	-6 %
<i>Pas-de-Calais</i>	1 223	1 196	-2 %
<i>Limoges</i>	933	849	-9 %
<i>Corrèze</i>	866	755	-13 %
<i>Creuse</i>	777	687	-12 %
<i>Haute-Vienne</i>	1 046	987	-6 %
<i>Lyon</i>	1 431	1 415	-1 %

<i>Académie/Département</i>	Nombre d'élèves par ETP d'infirmier		
	<i>30/11/2013</i>	<i>30/11/2018</i>	<i>Variation</i>
<i>Ain</i>	1 465	1 432	-2 %
<i>Loire</i>	1 188	1 173	-1 %
<i>Rhône</i>	1 543	1 529	-1 %
<i>Martinique</i>	1 130	874	-23 %
<i>Mayotte</i>	2 878	2 095	-27 %
<i>Montpellier</i>	1 505	1 487	-1 %
<i>Aude</i>	1 534	1 399	-9 %
<i>Gard</i>	1 583	1 563	-1 %
<i>Hérault</i>	1 608	1 555	-3 %
<i>Lozère</i>	587	692	18 %
<i>Pyrénées-Orientales</i>	1 420	1 482	4 %
<i>Nancy-Metz</i>	1 168	1 136	-3 %
<i>Meurthe-et-Moselle</i>	1 242	1 247	0 %
<i>Meuse</i>	1 096	930	-15 %
<i>Moselle</i>	1 207	1 209	0 %
<i>Vosges</i>	1 001	907	-9 %
<i>Nantes</i>	1 268	1 245	-2 %
<i>Loire-Atlantique</i>	1 387	1 402	1 %
<i>Maine-et-Loire</i>	1 215	1 195	-2 %
<i>Mayenne</i>	1 093	1 102	1 %
<i>Sarthe</i>	1 277	1 130	-11 %
<i>Vendée</i>	1 178	1 199	2 %
<i>Nice</i>	1 668	1 582	-5 %
<i>Alpes-Maritimes</i>	1 668	1 505	-10 %
<i>Var</i>	1 669	1 671	0 %
<i>Orléans-Tours</i>	1 325	1 243	-6 %
<i>Cher</i>	1 205	1 077	-11 %
<i>Eure-et-Loir</i>	1 346	1 215	-10 %
<i>Indre</i>	1 088	921	-15 %
<i>Indre-et-Loire</i>	1 317	1 363	3 %
<i>Loiret</i>	1 477	1 427	-3 %
<i>Loir-et-Cher</i>	1 305	1 151	-12 %
<i>Paris</i>	1 388	1 209	-13 %
<i>Poitiers</i>	1 196	1 107	-7 %
<i>Charente</i>	1 179	1 098	-7 %
<i>Charente-Maritime</i>	1 291	1 108	-14 %
<i>Deux-Sèvres</i>	1 139	1 157	2 %

<i>Académie/Département</i>	Nombre d'élèves par ETP d'infirmier		
	<i>30/11/2013</i>	<i>30/11/2018</i>	<i>Variation</i>
<i>Vienne</i>	1 135	1 075	-5 %
<i>Reims</i>	1 132	1 054	-7 %
<i>Ardennes</i>	1 043	951	-9 %
<i>Aube</i>	1 414	1 251	-12 %
<i>Haute-Marne</i>	798	734	-8 %
<i>Marne</i>	1 215	1 169	-4 %
<i>Rennes</i>	1 130	1 117	-1 %
<i>Côtes-d'Armor</i>	1 100	1 064	-3 %
<i>Finistère</i>	1 092	1 076	-2 %
<i>Ille-et-Vilaine</i>	1 253	1 249	0 %
<i>Morbihan</i>	1 025	1 018	-1 %
<i>Rouen</i>	1 299	1 247	-4 %
<i>Eure</i>	1 458	1 381	-5 %
<i>Seine-Maritime</i>	1 230	1 188	-3 %
<i>Strasbourg</i>	1 468	1 442	-2 %
<i>Bas-Rhin</i>	1 511	1 528	1 %
<i>Haut-Rhin</i>	1 410	1 329	-6 %
<i>Toulouse</i>	1 311	1 315	0 %
<i>Ariège</i>	1 060	1 045	-1 %
<i>Aveyron</i>	1 217	1 146	-6 %
<i>Gers</i>	967	819	-15 %
<i>Haute-Garonne</i>	1 497	1 574	5 %
<i>Hautes-Pyrénées</i>	1 206	1 162	-4 %
<i>Lot</i>	1 115	1 039	-7 %
<i>Tarn</i>	1 154	1 161	1 %
<i>Tarn-et-Garonne</i>	1 571	1 601	2 %
<i>Versailles</i>	1 676	1 666	-1 %
<i>Essonne</i>	1 678	1 644	-2 %
<i>Hauts-de-Seine</i>	1 790	1 823	2 %
<i>Val-d'Oise</i>	1 602	1 603	0 %
<i>Yvelines</i>	1 645	1 618	-2 %
<i>Métropole + DOM¹²</i>	1 348	1 300	-4 %

Champ : Élèves du 1^{er} et du 2nd degré public.

Source : Calcul Cour des comptes d'après données du MENJ (DEPP)

¹² La moyenne nationale est une moyenne pondérée en fonction des effectifs de chaque département.

Annexe n° 10 : nombre d'élèves par médecin : évolution par département

Tableau n° 11 : nombre d'élèves par ETP de médecins au 30 novembre 2018

<i>Nb élèves par ETP médecin au 30 novembre 2018</i>	Nb de départements
<i>Inférieur à 8 000</i>	6
<i>Entre 8 000 et 12 000</i>	36
<i>Entre 12 000 et 16 000</i>	27
<i>Entre 16 000 et 20 000</i>	11
<i>Supérieur à 20 000</i>	19
Total	99

Source : Calcul Cour des comptes d'après données de la DEPP

Le taux d'encadrement s'est dégradé depuis 2013 dans 75 départements, parfois dans des proportions considérables : au-delà de 40 % dans 31 départements¹³ (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 %).

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).

Tableau n° 12 : évolution par département du nombre d'élèves par médecin entre 2013 et 2018

<i>Académie/Département</i>	Nombre d'élèves par ETP de médecin		
	30/11/2013	30/11/2018	Variation
<i>Aix-Marseille</i>	8 375	10 309	23 %
<i>Alpes-de-Haute-Provence</i>	9 280	6 823	-26 %
<i>Bouches-du-Rhône</i>	8 081	10 077	25 %
<i>Hautes-Alpes</i>	7 187	9 640	34 %
<i>Vaucluse</i>	9 717	13 280	37 %
Amiens	11 973	12 191	2 %
<i>Aisne</i>	14 394	22 293	55 %
<i>Oise</i>	12 095	14 348	19 %

¹³ Compte non tenu des départements de Mayotte et de l'Indre. Le calcul d'un taux d'encadrement au 30 novembre 2018 est, en effet, impossible pour ces deux départements, puisqu'ils ne comptaient aucun médecin de secteur à cette date.

<i>Académie/Département</i>	Nombre d'élèves par ETP de médecin		
	30/11/2013	30/11/2018	Variation
<i>Somme</i>	10 140	7 222	-29 %
Besançon	10 992	14 319	30 %
<i>Doubs</i>	10 379	13 424	29 %
<i>Haute-Saône</i>	13 190	16 001	21 %
<i>Jura</i>	9 808	11 801	20 %
<i>Territoire de Belfort</i>	13 228	26 312	99 %
Bordeaux	11 637	13 678	18 %
<i>Dordogne</i>	11 665	99 370	752 %
<i>Gironde</i>	11 384	11 703	3 %
<i>Landes</i>	14 250	15 148	6 %
<i>Lot-et-Garonne</i>	11 303	14 183	25 %
<i>Pyrénées-Atlantiques</i>	11 127	12 024	8 %
Caen	8 873	10 053	13 %
<i>Calvados</i>	11 135	9 536	-14 %
<i>Manche</i>	7 396	11 194	51 %
<i>Orne</i>	7 575	9 680	28 %
Clermont-Ferrand	9 650	12 825	33 %
<i>Allier</i>	8 673	11 853	37 %
<i>Cantal</i>	10 546	20 198	92 %
<i>Haute-Loire</i>	20 262	23 200	15 %
<i>Puy-de-Dôme</i>	8 304	10 752	29 %
Corse	8 055	11 896	48 %
<i>Corse-du-Sud</i>	7 334	7 454	2 %
<i>Haute-Corse</i>	8 827	25 219	186 %
Créteil	12 532	21 168	69 %
<i>Seine-et-Marne</i>	17 279	30 182	75 %
<i>Seine-Saint-Denis</i>	10 970	15 893	45 %
<i>Val-de-Marne</i>	11 041	23 528	113 %
Dijon	9 753	11 562	19 %
<i>Côte-d'Or</i>	10 387	9 706	-7 %
<i>Nièvre</i>	12 216	16 338	34 %
<i>Saône-et-Loire</i>	8 840	9 054	2 %
<i>Yonne</i>	9 352	27 269	192 %
Grenoble	11 588	12 155	5 %
<i>Ardèche</i>	17 705	30 484	72 %
<i>Drôme</i>	11 256	13 886	23 %
<i>Haute-Savoie</i>	13 152	14 095	7 %

<i>Académie/Département</i>	Nombre d'élèves par ETP de médecin		
	30/11/2013	30/11/2018	Variation
<i>Isère</i>	10 546	10 297	-2 %
<i>Savoie</i>	9 939	9 012	-9 %
<i>Guadeloupe</i>	12 915	8 384	-35 %
<i>Guyane</i>	17 030	16 230	-5 %
<i>La Réunion</i>	6 967	7 793	12 %
<i>Lille</i>	8 986	11 849	32 %
<i>Nord</i>	8 842	10 328	17 %
<i>Pas-de-Calais</i>	9 256	16 246	76 %
<i>Limoges</i>	13 065	19 073	46 %
<i>Corrèze</i>	18 989	37 074	95 %
<i>Creuse</i>	16 253	15 220	-6 %
<i>Haute-Vienne</i>	10 381	15 350	48 %
<i>Lyon</i>	10 333	15 141	47 %
<i>Ain</i>	13 030	32 729	151 %
<i>Loire</i>	10 221	16 500	61 %
<i>Rhône</i>	9 616	12 233	27 %
<i>Martinique</i>	8 586	8 823	3 %
<i>Mayotte</i>	29 176	Pas de médecin	
<i>Montpellier</i>	10 410	11 225	8 %
<i>Aude</i>	8 706	12 645	45 %
<i>Gard</i>	12 335	13 053	6 %
<i>Hérault</i>	9 886	10 972	11 %
<i>Lozère</i>	13 631	25 830	89 %
<i>Pyrénées-Orientales</i>	10 170	8 342	-18 %
<i>Nancy-Metz</i>	11 305	14 578	29 %
<i>Meurthe-et-Moselle</i>	9 454	10 990	16 %
<i>Meuse</i>	9 791	12 176	24 %
<i>Moselle</i>	12 541	18 643	49 %
<i>Vosges</i>	13 841	16 699	21 %
<i>Nantes</i>	11 742	12 731	8 %
<i>Loire-Atlantique</i>	11 636	11 546	-1 %
<i>Maine-et-Loire</i>	12 681	12 107	-5 %
<i>Mayenne</i>	32 607	31 775	-3 %
<i>Sarthe</i>	9 332	14 989	61 %
<i>Vendée</i>	10 114	11 232	11 %
<i>Nice</i>	9 298	10 424	12 %
<i>Alpes-Maritimes</i>	12 320	9 431	-23 %

<i>Académie/Département</i>	Nombre d'élèves par ETP de médecin		
	30/11/2013	30/11/2018	Variation
<i>Var</i>	7 433	11 700	57 %
<i>Orléans-Tours</i>	15 364	21 920	43 %
<i>Cher</i>	14 203	47 753	236 %
<i>Eure-et-Loir</i>	16 545	21 773	32 %
<i>Indre</i>	59 198	Pas de médecin	
<i>Indre-et-Loire</i>	10 802	15 191	41 %
<i>Loiret</i>	17 728	24 911	41 %
<i>Loir-et-Cher</i>	15 121	14 707	-3 %
<i>Paris</i>	9 557	8 882	-7 %
<i>Poitiers</i>	8 311	9 476	14 %
<i>Charente</i>	9 954	9 247	-7 %
<i>Charente-Maritime</i>	8 102	9 373	16 %
<i>Deux-Sèvres</i>	10 862	11 098	2 %
<i>Vienne</i>	6 393	8 659	35 %
<i>Reims</i>	13 236	15 117	14 %
<i>Ardennes</i>	15 395	22 494	46 %
<i>Aube</i>	15 344	19 784	29 %
<i>Haute-Marne</i>	16 904	15 924	-6 %
<i>Marne</i>	10 968	11 706	7 %
<i>Rennes</i>	10 749	10 689	-1 %
<i>Côtes-d'Armor</i>	10 220	9 021	-12 %
<i>Finistère</i>	8 724	7 902	-9 %
<i>Ille-et-Vilaine</i>	13 876	14 211	2 %
<i>Morbihan</i>	10 566	12 866	22 %
<i>Rouen</i>	13 047	17 444	34 %
<i>Eure</i>	17 373	19 220	11 %
<i>Seine-Maritime</i>	11 614	16 683	44 %
<i>Strasbourg</i>	9 438	9 690	3 %
<i>Bas-Rhin</i>	9 454	9 109	-4 %
<i>Haut-Rhin</i>	9 418	10 536	12 %
<i>Toulouse</i>	9 545	10 742	13 %
<i>Ariège</i>	13 176	12 190	-7 %
<i>Aveyron</i>	9 182	8 965	-2 %
<i>Gers</i>	10 121	29 443	191 %
<i>Haute-Garonne</i>	10 159	9 925	-2 %
<i>Hautes-Pyrénées</i>	8 490	18 284	115 %
<i>Lot</i>	6 963	6 464	-7 %

<i>Académie/Département</i>	Nombre d'élèves par ETP de médecin		
	30/11/2013	30/11/2018	Variation
<i>Tarn</i>	8 786	10 458	19 %
<i>Tarn-et-Garonne</i>	9 413	13 478	43 %
<i>Versailles</i>	9 746	12 596	29 %
<i>Essonne</i>	8 623	13 058	51 %
<i>Hauts-de-Seine</i>	10 368	10 655	3 %
<i>Val-d'Oise</i>	9 480	14 920	57 %
<i>Yvelines</i>	10 606	12 625	19 %
<i>Métropole + DOM¹⁴</i>	10 480	12 572	20 %

Champ : Élèves du 1^{er} et du 2nd degré public et privé. Les élèves pris en charges par les villes délégataires ne sont pas pris en compte.

Source : Calcul Cour des comptes d'après données du MENJ (DEPP)

¹⁴ La moyenne nationale est une moyenne pondérée en fonction des effectifs de chaque département.

Annexe n° 11 : nombre d'élèves par assistant de service social : évolution par département

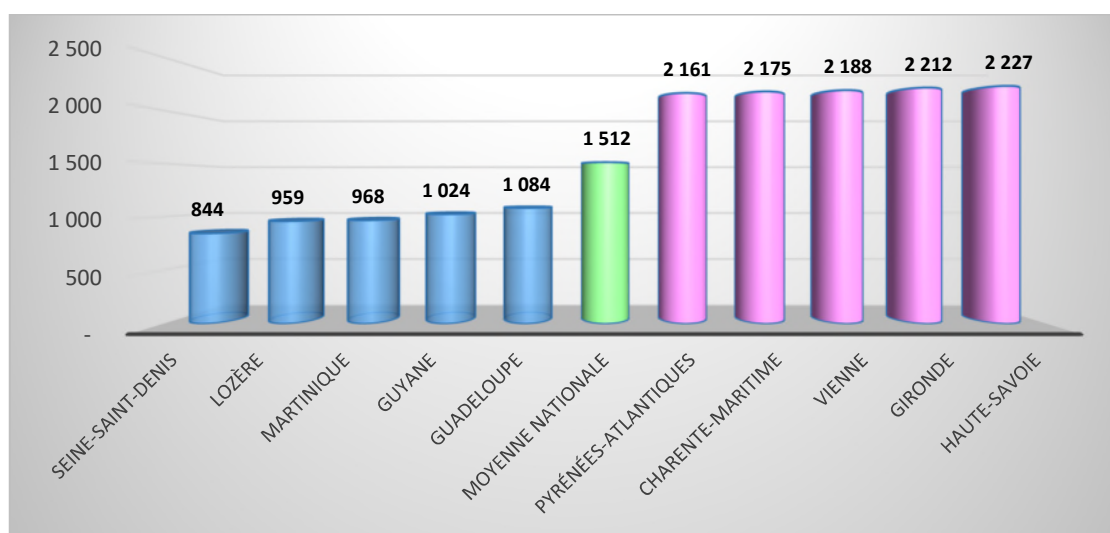
Au 30 novembre 2018, le nombre d'élèves du 2nd degré du public par ETP d'assistant social était de 1 512, soit 5,5 % de moins qu'au 30 novembre 2013 (1 600 élèves).

Le taux d'encadrement s'améliore dans 75 départements, parfois dans des proportions très significatives : au-delà de 20 % dans 14 départements, notamment 3 départements ultramarins (le nombre d'élèves par ETP diminue de 34 % à Mayotte, 29 % en Martinique et 24 % en Guyane¹⁵), les Deux-Sèvres (-26 %), le Tarn-et-Garonne (-26 %), les Ardennes (-25 %) et le Territoire de Belfort (-25 %). À l'inverse, il se dégrade de 10 % et plus dans 5 départements : Haute-Marne (augmentation du nombre d'élève par ETP de 10 %), Ariège (+12 %), Eure-et-Loir (+13 %), Haute-Savoie (+15 %), Ardèche (+18 %).

L'amélioration du taux d'encadrement de 5,5 % au niveau national résulte d'une progression des effectifs des personnels d'assistance sociale (+9,1 %)¹⁶ supérieure à celle des élèves du 2nd degré public (+6,1 %). Au 30 novembre 2018, le nombre de postes occupés représentait 2 941 ETP (2 695 ETP au 30 novembre 2013), dont 9,7 % d'agents contractuels (11,2 % au 30 novembre 2013).

Les moyennes départementales du nombre d'élèves par ETP varient de 844 (Seine-Saint-Denis) à 2 227 (Haute-Savoie).

Graphique n° 2 : nombre d'élèves par ETP de personnels d'assistance sociale : les 5 taux les plus favorables et les 5 taux les plus dégradés



Source : Calcul Cour des comptes d'après données du MENJ (DEPP)

¹⁵ Il diminue également, mais dans de moindres proportions, en Guadeloupe (-12 %) et à La Réunion (-7 %).

¹⁶ À Mayotte, les effectifs font presque doubler (23 ETP au 30 novembre 2018, contre 12 ETP au 30 novembre 2013). Cependant, le taux d'encadrement demeure nettement moins favorable que la moyenne nationale (1 926 élèves par ETP au 30/11/2018 contre une moyenne nationale de 1 512).

Les situations peuvent être très hétérogènes entre les départements d'une même académie. C'est le cas dans les académies de Créteil (844 élèves par ETP en Seine-Saint-Denis, 1 573 en Seine-et-Marne), de Dijon (1 190 dans la Nièvre, 1 957 en Saône-et-Loire), de Limoges (1 188 dans la Creuse, 1 814 en Haute-Vienne) ou encore de Montpellier (959 en Lozère, 1 825 dans l'Hérault).

Tableau n° 13 : nombre d'élèves par assistant de service social

<i>Académie/Département</i>	Nb élèves par ETP d'assistant de service social		
	2013	2018	Variation
<i>Aix-Marseille</i>	1 478	1 331	-10 %
<i>Alpes-de-Haute-Provence</i>	1 454	1 249	-14 %
<i>Bouches-du-Rhône</i>	1 505	1 332	-12%
<i>Hautes-Alpes</i>	1 282	1 268	-1%
<i>Vaucluse</i>	1 456	1 374	-6%
<i>Amiens</i>	1 637	1 512	-8%
<i>Aisne</i>	1 596	1 392	-13%
<i>Oise</i>	1 666	1 641	-1%
<i>Somme</i>	1 636	1 454	-11%
<i>Besançon</i>	1 997	1 780	-11%
<i>Doubs</i>	2 157	1 930	-11%
<i>Haute-Saône</i>	1 826	1 664	-9%
<i>Jura</i>	1 876	1 790	-5%
<i>Territoire de Belfort</i>	1 995	1 505	-25%
<i>Bordeaux</i>	2 405	2 077	-14%
<i>Dordogne</i>	2 058	1 750	-15%
<i>Gironde</i>	2 685	2 212	-18%
<i>Landes</i>	2 205	2 061	-7%
<i>Lot-et-Garonne</i>	2 123	1 804	-15%
<i>Pyrénées-Atlantiques</i>	2 350	2 161	-8%
<i>Caen</i>	1 557	1 525	-2%
<i>Calvados</i>	1 674	1 597	-5%
<i>Manche</i>	1 639	1 598	-3%
<i>Orne</i>	1 231	1 274	4%
<i>Clermont-Ferrand</i>	1 690	1 462	-13%
<i>Allier</i>	1 644	1 440	-12%
<i>Cantal</i>	1 469	1 522	4%
<i>Haute-Loire</i>	1 559	1 463	-6%
<i>Puy-de-Dôme</i>	1 820	1 463	-20%
<i>Corse</i>	1 601	1 356	-15%

<i>Académie/Département</i>	Nb élèves par ETP d'assistant de service social		
	2013	2018	Variation
<i>Corse-du-Sud</i>	1 613	1 369	-15%
<i>Haute-Corse</i>	1 590	1 344	-15%
<i>Créteil</i>	1 118	1 143	2%
<i>Seine-et-Marne</i>	1 595	1 573	-1%
<i>Seine-Saint-Denis</i>	796	844	6%
<i>Val-de-Marne</i>	1 303	1 316	1%
<i>Dijon</i>	1 815	1 718	-5%
<i>Côte-d'Or</i>	1 732	1 838	6%
<i>Nièvre</i>	1 369	1 190	-13%
<i>Saône-et-Loire</i>	1 999	1 957	-2%
<i>Yonne</i>	2 035	1 660	-18%
<i>Grenoble</i>	1 800	1 888	5%
<i>Ardèche</i>	1 478	1 749	18%
<i>Drôme</i>	1 953	1 631	-16%
<i>Haute-Savoie</i>	1 935	2 227	15%
<i>Isère</i>	1 761	1 888	7%
<i>Savoie</i>	1 802	1 838	2%
<i>Guadeloupe</i>	1 227	1 084	-12%
<i>Guyane</i>	1 341	1 024	-24%
<i>La Réunion</i>	1 364	1 270	-7%
<i>Lille</i>	1 254	1 162	-7%
<i>Nord</i>	1 209	1 103	-9%
<i>Pas-de-Calais</i>	1 326	1 264	-5%
<i>Limoges</i>	1 678	1 571	-6%
<i>Corrèze</i>	1 402	1 475	5%
<i>Creuse</i>	1 173	1 188	1%
<i>Haute-Vienne</i>	2 257	1 814	-20%
<i>Lyon</i>	1 517	1 467	-3%
<i>Ain</i>	1 957	1 736	-11%
<i>Loire</i>	1 453	1 359	-7%
<i>Rhône</i>	1 412	1 423	1%
<i>Martinique</i>	1 366	968	-29%
<i>Mayotte</i>	2 903	1 926	-34%
<i>Montpellier</i>	1 945	1 731	-11%
<i>Aude</i>	1 812	1 538	-15%
<i>Gard</i>	1 803	1 805	0%

<i>Académie/Département</i>	Nb élèves par ETP d'assistant de service social		
	2013	2018	Variation
<i>Hérault</i>	2 050	1 825	-11%
<i>Lozère</i>	1 109	959	-14%
<i>Pyrénées-Orientales</i>	2 295	1 742	-24%
<i>Nancy-Metz</i>	1 732	1 644	-5%
<i>Meurthe-et-Moselle</i>	1 705	1 782	5%
<i>Meuse</i>	1 820	1 407	-23%
<i>Moselle</i>	1 715	1 595	-7%
<i>Vosges</i>	1 784	1 671	-6%
<i>Nantes</i>	1 603	1 504	-6%
<i>Loire-Atlantique</i>	1 648	1 636	-1%
<i>Maine-et-Loire</i>	1 580	1 499	-5%
<i>Mayenne</i>	1 749	1 336	-24%
<i>Sarthe</i>	1 509	1 404	-7%
<i>Vendée</i>	1 581	1 443	-9%
<i>Nice</i>	2 120	1 959	-8%
<i>Alpes-Maritimes</i>	2 014	2 036	1%
<i>Var</i>	2 239	1 886	-16%
<i>Orléans-Tours</i>	1 940	1 838	-5%
<i>Cher</i>	1 949	1 687	-13%
<i>Eure-et-Loir</i>	1 634	1 846	13%
<i>Indre</i>	1 883	1 842	-2%
<i>Indre-et-Loire</i>	2 256	1 828	-19%
<i>Loiret</i>	1 998	1 942	-3%
<i>Loir-et-Cher</i>	1 855	1 753	-5%
<i>Paris</i>	1 400	1 332	-5%
<i>Poitiers</i>	2 393	2 011	-16%
<i>Charente</i>	1 930	1 620	-16%
<i>Charente-Maritime</i>	2 705	2 175	-20%
<i>Deux-Sèvres</i>	2 700	1 988	-26%
<i>Vienne</i>	2 224	2 188	-2%
<i>Reims</i>	1 690	1 550	-8%
<i>Ardennes</i>	1 742	1 314	-25%
<i>Aube</i>	1 693	1 593	-6%
<i>Haute-Marne</i>	1 405	1 540	10%
<i>Marne</i>	1 783	1 683	-6%
<i>Rennes</i>	1 614	1 607	0%

<i>Académie/Département</i>	Nb élèves par ETP d'assistant de service social		
	2013	2018	Variation
<i>Côtes-d'Armor</i>	1 682	1 671	-1%
<i>Finistère</i>	1 595	1 456	-9%
<i>Ille-et-Vilaine</i>	1 610	1 714	6%
<i>Morbihan</i>	1 578	1 580	0%
<i>Rouen</i>	1 558	1 453	-7%
<i>Eure</i>	1 646	1 583	-4%
<i>Seine-Maritime</i>	1 516	1 393	-8%
<i>Strasbourg</i>	1 843	1 714	-7%
<i>Bas-Rhin</i>	1 891	1 791	-5%
<i>Haut-Rhin</i>	1 775	1 609	-9%
<i>Toulouse</i>	1 696	1 676	-1%
<i>Ariège</i>	1 403	1 565	12%
<i>Aveyron</i>	1 259	1 288	2%
<i>Gers</i>	2 059	1 589	-23%
<i>Haute-Garonne</i>	1 788	1 894	6%
<i>Hautes-Pyrénées</i>	1 631	1 464	-10%
<i>Lot</i>	1 500	1 506	0%
<i>Tarn</i>	1 668	1 713	3%
<i>Tarn-et-Garonne</i>	1 998	1 479	-26%
<i>Versailles</i>	1 495	1 526	2%
<i>Essonne</i>	1 627	1 604	-1%
<i>Hauts-de-Seine</i>	1 604	1 578	-2%
<i>Val-d'Oise</i>	1 396	1 429	2%
<i>Yvelines</i>	1 396	1 509	8%
<i>Métropole + DOM¹⁷</i>	1 600	1 512	-6%

Champ : Élèves du 2nd degré public

Source : Calcul Cour des comptes d'après données du MENJ (DEPP)

Annexe n° 12 : nombre d'élèves par psychologue de l'éducation nationale : évolution par département

Les psychologues du 1^{er} degré

La moyenne d'élèves par psychologue de l'éducation¹⁸ dans le 1^{er} 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 1^{er} degré sur la période de 9 % et à la baisse des effectifs dans le 1^{er} 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 1^{er} degré (spécialité EDA) occupés représentait 3 893 ETP (3 573 ETP au 30 novembre 2013).

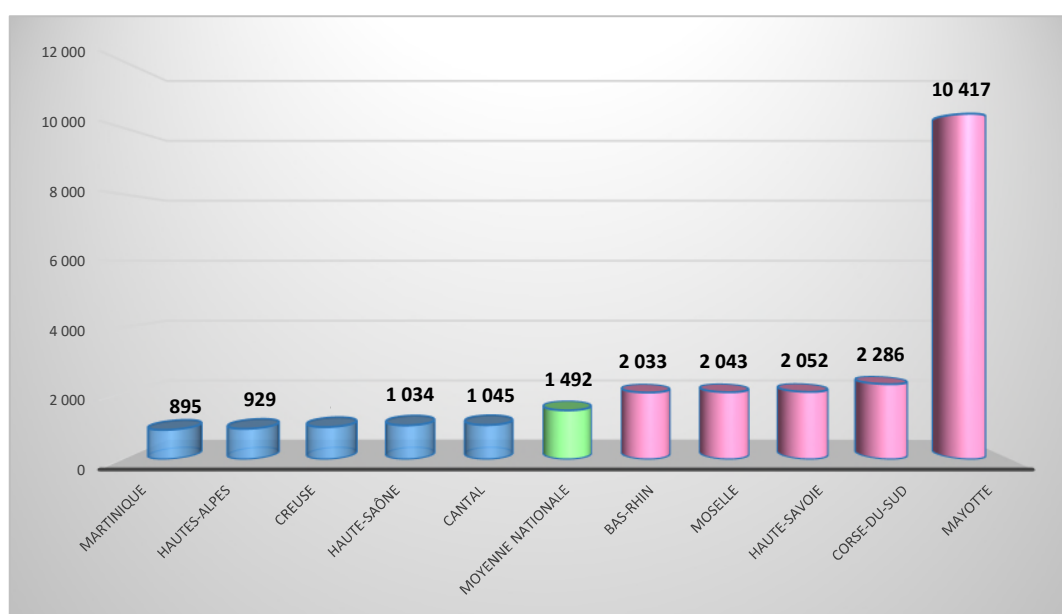
L'amélioration du taux d'encadrement concerne toutes les académies avec des variations plus ou moins fortes à l'exception de la Guyane, de la Corse et surtout de Mayotte où la situation s'est dégradée. A l'inverse, les académies de la Réunion, Bordeaux, Lyon et Rennes sont celles qui ont connu l'amélioration la plus notable en raison d'une augmentation des effectifs de psychologues. Au niveau des départements, seuls 17 ont vu leur situation se détériorer entre 2013 et 2018. Les académies les mieux dotées proportionnellement à leurs effectifs sont celles de la Martinique, Paris et Besançon en dessous de 1 200 élèves. Les taux les plus défavorables sont ceux des académies de Guyane, Rouen, Strasbourg, Corse et Mayotte pour lesquelles le taux dépasse les 1 800 élèves par psychologue.

On constate des disparités assez importantes, d'une part entre départements avec un écart de 1 à 2,5¹⁹ entre le département le mieux doté (la Martinique avec 895 élèves par psychologue) et celui présentant le taux le plus dégradé (la Corse du sud avec 2 286 élèves par psychologue) et, d'autre part, au sein d'une même académie. Ainsi, dans l'académie d'Aix-Marseille, on compte 929 élèves par psychologue dans les Hautes-Alpes contre 1 465 dans les Bouches-du-Rhône. De même, les écarts sont significatifs dans l'académie de Grenoble entre le département de l'Ardèche (1 275) et celui de l'Isère (1 834) et dans celle de Clermont-Ferrand entre le Cantal (1 045) et l'Allier (1 705). L'écart le plus important se situe dans l'académie de Nancy-Metz où le taux de la Moselle (2 043) est deux fois plus élevé que celui de la Meurthe-et-Moselle (1 092). Les départements ruraux sont plutôt favorisés. Les Hautes-Alpes et la Creuse arrivent en tête derrière la Martinique avec moins de 1 000 élèves par psychologue.

¹⁸ Professeurs des écoles exerçant en tant que psychologues scolaires pour l'année 2013-2014 et psychologues de l'éducation nationale spécialité « éducation, développement et apprentissages » pour ce qui concerne l'année 2018-2019.

¹⁹ Ce ratio ne prend pas en compte Mayotte dont le taux d'encadrement est très inférieur à la moyenne.

Graphique n° 3 : nombre moyen d'élèves par ETP de psychologue du 1^{er} degré au 30 novembre 2018 : les 5 taux plus favorables et les 5 taux les plus dégradés



Source : Calcul Cour des comptes d'après données du MENJ (DEPP)

Les psychologues du 2nd degré

La moyenne d'élèves par ETP de psychologue²⁰ dans le 2nd degré public et privé est de 1 234 élèves au 30 novembre 2018 contre 1 208 au 30 novembre 2013, soit une dégradation du taux d'encadrement de 2 % au plan national. Cette situation s'explique par une progression des effectifs de 2,3 % inférieure à celle des effectifs du second degré public et privé de 3,1 %²¹. La proportion de contractuels est stabilisée, mais demeure importante (25 % des postes occupés). Au 30 novembre 2018, le nombre de postes de psychologues occupés représentait 4 646 ETP (4 542 ETP au 30 novembre 2013).

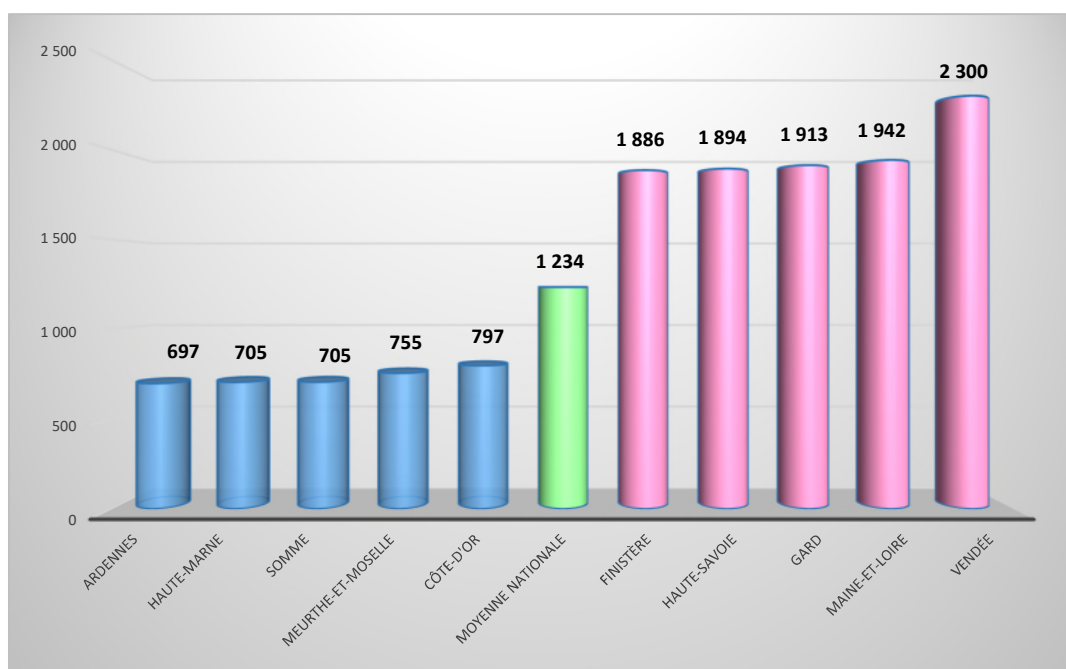
Certaines académies ont vu leur taux d'encadrement s'améliorer. C'est le cas notamment de Mayotte où le nombre d'élèves par psychologue, bien que toujours nettement supérieur à la moyenne, a été divisé par trois en raison de l'augmentation des effectifs de psychologues de 6 à 25 ETP, et des académies de Martinique, Bordeaux, Nice et Lyon, dont les effectifs de psychologues progressent de plus de 10 % sur la période. Le taux d'encadrement s'est sensiblement dégradé dans l'académie de Rennes en raison d'une baisse d'effectifs de psychologues conjuguée à une hausse de la population scolarisée. Les académies les mieux dotées sont celles de la Martinique, de Nancy-Metz et de Reims avec un taux d'encadrement de 25 % supérieur à la moyenne nationale. Les académies les moins bien dotées, outre Mayotte déjà citée, sont celles de Nantes (1 709) et de Rennes (1 785). Les écarts sont très importants entre départements. Le rapport est de 1 à 3,3 entre le département le mieux doté (les Ardennes

²⁰ Conseillers d'orientation-psychologues pour l'année 2013-2014 et psychologues de l'éducation nationale spécialité « éducation, développement et conseil en orientation scolaire et professionnelle » pour ce qui concerne l'année 2018-2019.

²¹ Source DEPP.

avec 697 élèves par psychologue) et celui le moins bien doté (la Vendée avec 2 300 élèves par psychologue). On constate des écarts importants au sein de certaines académies. C'est notamment le cas dans les académies de Créteil (le Val-de-Marne a un taux de 873 élèves par psychologue, alors que celui de la Seine-et-Marne est de 1 599), de Nantes (1574 en Loire-Atlantique, 2 300 en Vendée) ou celle de Rennes (1 276 en Ile-et-Vilaine, 1 886 dans le Finistère).

Graphique n° 4 : nombre moyen d'élèves par ETP de psychologue du 2nd degré au 30 novembre 2018 : les 5 taux plus favorables et les 5 taux les plus dégradés



Source : Calcul Cour des comptes d'après données du MENJ (DEPP)

Tableau n° 14 : nombre d'élèves par psychologue

Académie/Département	Nbre élèves par ETP de PsyEN 1D			Nbre élèves par ETP de PsyEN 2D		
	2013	2018	Variation	2013	2018	Variation
Aix-Marseille	1 616	1 439	-11%	1 114	1 233	11%
<i>Alpes-de-Haute-Provence</i>	1 174	1 251	7%	1 235	1 523	23%
<i>Bouches-du-Rhône</i>	1 701	1 465	-14%	1 047	1 167	11%
<i>Hautes-Alpes</i>	963	929	-4%	1 186	1 364	15%
<i>Vaucluse</i>	1 757	1 587	-10%	1 357	1 405	4%
Amiens	1 432	1 337	-7%	996	989	-1%
<i>Aisne</i>	1 357	1 268	-7%	1 033	1 218	18%
<i>Oise</i>	1 426	1 337	-6%	1 203	1 150	-4%
<i>Somme</i>	1 530	1 420	-7%	769	705	-8%
Besançon	1 314	1 141	-13%	1 075	1 153	7%
<i>Doubs</i>	1 323	1 142	-14%	1 104	1 191	8%

<i>Académie/Département</i>	Nbre élèves par ETP de PsyEN 1D			Nbre élèves par ETP de PsyEN 2D		
	2013	2018	Variation	2013	2018	Variation
<i>Haute-Saône</i>	1 135	1 034	-9%	966	957	-1%
<i>Jura</i>	1 240	1 080	-13%	1 118	1 193	7%
<i>Territoire de Belfort</i>	2 024	1 548	-24%	1 088	1 315	21%
Bordeaux	1 482	1 223	-17%	1 366	1 244	-9%
<i>Dordogne</i>	1 504	1 343	-11%	1 271	1 380	9%
<i>Gironde</i>	1 445	1 121	-22%	1 359	1 091	-20%
<i>Landes</i>	1 521	1 330	-13%	1 352	1 590	18%
<i>Lot-et-Garonne</i>	1 362	1 195	-12%	1 318	1 138	-14%
<i>Pyrénées-Atlantiques</i>	1 646	1 489	-10%	1 477	1 566	6%
Caen	1 662	1 449	-13%	1 229	1 246	1%
<i>Calvados</i>	1 626	1 537	-5%	1 379	1 294	-6%
<i>Manche</i>	1 640	1 357	-17%	1 286	1 350	5%
<i>Orne</i>	1 814	1 395	-23%	905	1 012	12%
Clermont-Ferrand	1 594	1 533	-4%	1 132	1 068	-6%
<i>Allier</i>	1 741	1 705	-2%	1 115	1 121	1%
<i>Cantal</i>	1 129	1 045	-7%	953	1 266	33%
<i>Haute-Loire</i>	1 352	1 358	0%	1 493	1 694	13%
<i>Puy-de-Dôme</i>	1 755	1 652	-6%	1 083	898	-17%
Corse	2 071	2 093	1%	1 063	1 086	2%
<i>Corse-du-Sud</i>	2 264	2 286	1%	1 002	1 022	2%
<i>Haute-Corse</i>	1 930	1 951	1%	1 123	1 150	2%
Créteil	1 591	1 450	-9%	1 086	1 163	7%
<i>Seine-et-Marne</i>	1 588	1 494	-6%	1 471	1 599	9%
<i>Seine-Saint-Denis</i>	1 492	1 367	-8%	982	1 162	18%
<i>Val-de-Marne</i>	1 753	1 527	-13%	913	873	-4%
Dijon	1 525	1 324	-13%	914	939	3%
<i>Côte-d'Or</i>	1 486	1 298	-13%	790	797	1%
<i>Nièvre</i>	1 333	1 107	-17%	907	898	-1%
<i>Saône-et-Loire</i>	1 890	1 487	-21%	978	1 024	5%
<i>Yonne</i>	1 295	1 275	-2%	1 068	1 139	7%
Grenoble	1 728	1 686	-2%	1 438	1 474	2%
<i>Ardèche</i>	1 267	1 275	1%	1 692	1 580	-7%
<i>Drôme</i>	1 565	1 503	-4%	1 424	1 646	16%
<i>Haute-Savoie</i>	2 252	2 052	-9%	1 581	1 894	20%
<i>Isère</i>	1 788	1 834	3%	1 305	1 273	-2%
<i>Savoie</i>	1 439	1 320	-8%	1 496	1 325	-11%
Guadeloupe	1 286	1 289	0%	925	929	0%
Guyane	1 738	1 801	4%	1 433	1 534	7%
La Réunion	1 979	1 535	-22%	1 314	1 329	1%
Lille	1 921	1 728	-10%	1 010	1 058	5%
<i>Nord</i>	1 980	1 745	-12%	1 015	1 061	5%
<i>Pas-de-Calais</i>	1 832	1 700	-7%	1 002	1 052	5%

<i>Académie/Département</i>	Nbre élèves par ETP de PsyEN 1D			Nbre élèves par ETP de PsyEN 2D		
	2013	2018	Variation	2013	2018	Variation
Limoges	1 586	1 447	-9%	962	985	2%
<i>Corrèze</i>	1 453	1 453	0%	1 078	1 198	11%
<i>Creuse</i>	1 231	982	-20%	1 097	891	-19%
<i>Haute-Vienne</i>	1 844	1 652	-10%	870	903	4%
Lyon	1 905	1 602	-16%	1 293	1 184	-8%
<i>Ain</i>	1 961	1 615	-18%	1 342	1 216	-9%
<i>Loire</i>	1 754	1 902	8%	1 329	1 533	15%
<i>Rhône</i>	1 947	1 512	-22%	1 263	1 079	-15%
Martinique	954	895	-6%	1 016	828	-19%
Mayotte	3 851	10 417	170%	5 833	1 785	-69%
Montpellier	1 750	1 553	-11%	1 468	1 503	2%
<i>Aude</i>	1 555	1 514	-3%	1 654	1 573	-5%
<i>Gard</i>	2 079	1 760	-15%	1 626	1 913	18%
<i>Hérault</i>	1 674	1 485	-11%	1 344	1 345	0%
<i>Lozère</i>	1 504	1 444	-4%	1 661	1 278	-23%
<i>Pyrénées-Orientales</i>	1 684	1 478	-12%	1 408	1 411	0%
Nancy-Metz	1 626	1 469	-10%	950	893	-6%
<i>Meurthe-et-Moselle</i>	1 433	1 092	-24%	887	755	-15%
<i>Meuse</i>	1 421	1 286	-9%	898	938	4%
<i>Moselle</i>	1 878	2 043	9%	1 017	1 022	0%
<i>Vosges</i>	1 566	1 380	-12%	931	876	-6%
Nantes	1 838	1 652	-10%	1 598	1 709	7%
<i>Loire-Atlantique</i>	2 215	1 876	-15%	1 435	1 574	10%
<i>Maine-et-Loire</i>	1 749	1 594	-9%	1 889	1 942	3%
<i>Mayenne</i>	1 740	1 339	-23%	1 515	1 613	6%
<i>Sarthe</i>	1 685	1 599	-5%	1 278	1 398	9%
<i>Vendée</i>	1 508	1 492	-1%	2 296	2 300	0%
Nice	1 760	1 659	-6%	1 492	1 365	-9%
<i>Alpes-Maritimes</i>	1 787	1 772	-1%	1 467	1 417	-3%
<i>Var</i>	1 734	1 557	-10%	1 519	1 312	-14%
Orléans-Tours	1 624	1 560	-4%	1 180	1 221	4%
<i>Cher</i>	1 420	1 617	14%	1 058	1 040	-2%
<i>Eure-et-Loir</i>	1 676	1 526	-9%	1 230	1 447	18%
<i>Indre</i>	1 528	1 165	-24%	906	873	-4%
<i>Indre-et-Loire</i>	1 661	1 601	-4%	1 287	1 431	11%
<i>Loiret</i>	1 814	1 878	4%	1 218	1 155	-5%
<i>Loir-et-Cher</i>	1 407	1 251	-11%	1 196	1 247	4%
Paris*	1 210	1 067	-12%	1 216	1 251	3%
Poitiers	1 395	1 317	-6%	1 156	1 194	3%
<i>Charente</i>	1 225	1 306	7%	1 057	1 226	16%
<i>Charente-Maritime</i>	1 512	1 343	-11%	1 200	1 246	4%
<i>Deux-Sèvres</i>	1 362	1 248	-8%	1 219	1 308	7%

Académie/Département	Nbre élèves par ETP de PsyEN 1D			Nbre élèves par ETP de PsyEN 2D		
	2013	2018	Variation	2013	2018	Variation
<i>Vienne</i>	1 424	1 347	-5%	1 130	1 036	-8%
Reims	1 556	1 321	-15%	850	908	7%
<i>Ardennes</i>	1 097	1 191	9%	846	697	-18%
<i>Aube</i>	1 775	1 453	-18%	862	1 079	25%
<i>Haute-Marne</i>	1 549	1 292	-17%	810	705	-13%
<i>Marne</i>	1 825	1 333	-27%	858	1 050	22%
Rennes	1 901	1 599	-16%	1 394	1 590	14%
<i>Côtes-d'Armor</i>	1 904	1 576	-17%	1 842	1 821	-1%
<i>Finistère</i>	1 882	1 584	-16%	1 820	1 886	4%
<i>Ille-et-Vilaine</i>	2 023	1 570	-22%	916	1 276	39%
<i>Morbihan</i>	1 736	1 709	-2%	1 983	1 751	-12%
Rouen	1 828	1 834	0%	1 167	1 150	-1%
<i>Eure</i>	1 800	1 969	9%	1 342	1 265	-6%
<i>Seine-Maritime</i>	1 843	1 771	-4%	1 101	1 103	0%
Strasbourg	1 909	1 891	-1%	1 130	1 155	2%
<i>Bas-Rhin</i>	2 019	2 033	1%	1 022	1 080	6%
<i>Haut-Rhin</i>	1 768	1 714	-3%	1 330	1 286	-3%
Toulouse	1 559	1 482	-5%	1 394	1 482	6%
<i>Ariège</i>	1 172	1 046	-11%	1 491	1 389	-7%
<i>Aveyron</i>	1 809	1 639	-9%	1 480	1 647	11%
<i>Gers</i>	1 572	1 383	-12%	1 258	1 418	13%
<i>Haute-Garonne</i>	1 431	1 485	4%	1 413	1 571	11%
<i>Hauts-Pyrénées</i>	1 748	1 335	-24%	1 232	1 384	12%
<i>Lot</i>	1 559	1 447	-7%	1 101	1 178	7%
<i>Tarn</i>	1 896	1 654	-13%	1 414	1 414	0%
<i>Tarn-et-Garonne</i>	1 887	1 684	-11%	1 685	1 429	-15%
Versailles	1 553	1 510	-3%	1 335	1 405	5%
<i>Essonne</i>	1 829	1 596	-13%	1 244	1 326	7%
<i>Hauts-de-Seine</i>	1 563	1 569	0%	1 443	1 590	10%
<i>Val-d'Oise</i>	1 362	1 398	3%	1 405	1 440	2%
<i>Yvelines</i>	1 527	1 496	-2%	1 273	1 306	3%
<i>Métropole + DOM</i> ²²	1 641	1 492	-9%	1 208	1 234	2%

Champ : Psychologues 1^{er} degré : élèves du public ; psychologues 2nd degré : élèves du public et du privé

Source : Calcul Cour des comptes d'après données du MENJ (DEPP)

* Pour Paris, calcul d'après les effectifs de psychologues hors stagiaires fournis par l'académie²³

²² La moyenne nationale est une moyenne pondérée en fonction des effectifs de chaque département.

²³ Le rectorat souligne qu'elle est l'académie support de stagiaires en formation qui ne sont pas tous affectés dans l'académie de Paris.

Annexe n° 13 : l'enquête de la Cour auprès des académies : note méthodologique

Des tableaux de recueils de données visant à calculer, par département, le taux de réalisation des visites obligatoires de santé en 2013-2014 et 2018-2019 ont été adressés à toutes les académies. L'exploitation des réponses a mis en évidence une méconnaissance par les services déconcentrés de l'éducation nationale de l'activité des personnels de santé scolaire.

Des données parcellaires et imprécises

Le nombre de visites réalisées n'est parfois que partiellement connu (voire inconnu), en raison de la grève des remontées statistiques des personnels. Le nombre d'élèves concernés par les visites n'est lui-même pas toujours renseigné (particulièrement les élèves de l'enseignement privé et les élèves concernés par la visite « travaux règlementés »). Dans certains cas, les services n'ont pas été en mesure de différencier les visites réalisées par secteur d'enseignement, voire par département.

L'imprécision des données est encore plus marquée s'agissant de l'année 2013-2014, ce que les services expliquent souvent par le fait que les conseillers techniques de l'époque (qu'il s'agisse du conseiller technique médecin ou du conseiller technique infirmier) ne sont plus en fonctions. Cette situation témoigne de l'absence de procédure garantissant la pérennité des données.

Des « doubles comptes » dans les examens de santé des enfants dans leur 6^e année

Les académies devaient notamment renseigner les rubriques suivantes :

- Nombre total d'élèves dans leur 6^e année
- Nombre d'élèves ayant bénéficié d'une visite médicale (examen clinique par un médecin scolaire)
- Nombre d'élèves ayant bénéficié d'un bilan infirmier uniquement

Ces rubriques correctement renseignées devaient permettre de calculer le nombre d'enfants dans leur 6^e année qui n'ont été examinés ni par un médecin, ni par un infirmier. Les données produites manquent malheureusement de fiabilité : le « nombre d'élèves ayant bénéficié d'un bilan infirmier uniquement » n'exclut pas toujours les élèves ayant bénéficié par ailleurs d'une visite médicale. Ces derniers, qui ne sont identifiés ni par les médecins, ni par les infirmiers (ce qui montre le manque de coopération entre ces professionnels) sont donc comptabilisés deux fois. Du fait de ce double compte, la somme des rubriques « Nombre d'élèves ayant bénéficié d'une visite médicale » et « Nombre d'élèves ayant bénéficié d'un bilan infirmier uniquement » est parfois supérieure au nombre total d'élèves dans leur 6^e année (cas d'une douzaine de département pour l'année 2013-2014).

Des ajustements nécessaires

En raison du caractère incomplet des effectifs d'élèves produits par les académies, la Cour a retenu les données extraites à sa demande par la DEPP (Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance)²⁴. Cette option a nécessité, dans de rares cas, des ajustements afin de plafonner à 100 % les taux de réalisation de bilans infirmiers des élèves dans leur 12^e année.

Par ailleurs, le nombre d'enfants dans leur 6^e année examinés par un professionnel de santé a également été plafonné au nombre d'enfants concernés (cas des double comptes sus-évoqués).

Des résultats à interpréter avec prudence

Du fait de la fragilité des données produites par les académies, il convient de les analyser avec une certaine prudence. L'exploitation de ces données permet toutefois d'apprécier la tendance de l'évolution du taux global de réalisation des visites de santé obligatoires entre 2013-2014 et 2018-2019.

²⁴ Effectifs des élèves dans leur 6^e année et des élèves dans leur 12^e année. Données extraites pour chaque département.

Annexe n° 14 : données sur la visite médicale de la 6^e année de l'enfant

Tableau n° 15 : les 12 départements ayant déclaré des visites dans le privé en 2013-2014

Département	Taux de visites 2013-2014	Part du total des visites réalisées en 2013-2014
<i>Nord</i>	44,7%	28,1%
<i>Vendée</i>	64,0%	22,5%
<i>Rhône</i>	62,3%	18,1%
<i>Bouches-du-Rhône</i>	53,7%	12,2%
<i>Loire</i>	33,2%	6,1%
<i>Ille-et-Vilaine</i>	11,2%	5,0%
<i>Pas-de-Calais</i>	25,0%	4,7%
<i>Sarthe</i>	16,3%	1,4%
<i>Vaucluse</i>	15,6%	1,0%
<i>Alpes-de-Haute-Provence</i>	61,7%	0,5%
<i>Hautes-Alpes</i>	38,2%	0,2%
<i>Mayenne</i>	0,3%	0,04%

Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies et de la DEPP

Tableau n° 16 : taux de réalisation de la visite médicale de la 6^e année par les médecins de l'éducation nationale

Académie/Département	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différencié	Public+Privé	Public	Privé	Secteur non différencié	Public+Privé
<i>Aix-Marseille</i>	45,7%	46,0%		45,7%	32,5%	1,8%		29,7%
<i>Alpes-de-Haute-Provence</i>	69,8%	61,7%		69,4%	85,3%	52,8%		83,6%
<i>Bouches-du-Rhône</i>	37,8%	53,7%		39,4%	36,8%	0,5%		33,3%
<i>Hautes-Alpes</i>	81,7%	38,2%		79,6%	31,5%	0,0%		29,0%
<i>Vaucluse</i>	59,1%	15,6%		55,1%	3,9%	0,0%		3,5%
<i>Amiens</i>	34,2%	0,0%		31,7%	12,2%	0,0%		11,2%
<i>Aisne</i>	49,4%	0,0%		46,3%	14,6%	0,0%		13,5%
<i>Oise</i>	8,8%	0,0%		8,4%	2,8%	0,0%		2,7%
<i>Somme</i>	63,0%	0,0%		55,0%	26,7%	0,0%		23,2%
<i>Besançon</i>	ND	ND	16,9%	16,9%	18,5%	0,0%		17,0%
<i>Doubs</i>	ND	ND	10,9%	10,9%	16,1%	0,0%		14,7%
<i>Haute-Saône</i>	ND	ND	28,8%	28,8%	34,4%	0,0%		32,4%

<i>Académie/Département</i>	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différentié	Public+Privé	Public	Privé	Secteur non différentié	Public+Privé
<i>Jura</i>	ND	ND	15,6%	15,6%	16,0%	0,0%		14,3%
<i>Territoire de Belfort</i>	ND	ND	23,8%	23,8%	6,6%	0,0%		6,2%
<i>Bordeaux</i>	ND	ND	23,4%	23,4%	ND	ND	20,8%	20,8%
<i>Dordogne</i>	ND	ND		ND	ND	ND	1,8%	1,8%
<i>Gironde</i>	ND	ND		ND	ND	ND	11,9%	11,9%
<i>Landes</i>	ND	ND		ND	ND	ND	27,0%	27,0%
<i>Lot-et-Garonne</i>	ND	ND		ND	ND	ND	20,5%	20,5%
<i>Pyrénées-Atlantiques</i>	ND	ND		ND	ND	ND	48,2%	48,2%
<i>Caen</i>	ND	ND	22,4%	22,4%	32,6%	0,0%		27,4%
<i>Calvados</i>	ND	ND		ND	38,1%	0,0%		33,5%
<i>Manche</i>	ND	ND		ND	13,1%	0,0%		10,6%
<i>Orne</i>	ND	ND		ND	51,5%	0,0%		41,0%
<i>Clermont-Ferrand</i>	ND	ND	49,2%	49,2%	27,0%	0,5%		23,2%
<i>Allier</i>	ND	ND	100,0%	100,0%	43,4%	3,5%		39,9%
<i>Cantal</i>	ND	ND	21,8%	21,8%	27,0%	0,0%		23,8%
<i>Haute-Loire</i>	ND	ND	5,5%	5,5%	11,1%	0,0%		7,6%
<i>Puy-de-Dôme</i>	ND	ND	44,6%	44,6%	23,2%	0,0%		20,6%
<i>Corse</i>	ND	0,0%		ND	25,6%	0,0%		24,5%
<i>Corse-du-Sud</i>	ND	0,0%		ND	50,7%	0,0%		47,6%
<i>Haute-Corse</i>	73,2%	0,0%		71,5%	5,6%	0,0%		5,4%
<i>Créteil</i>	8,8%	0,0%		8,4%	4,4%	0,0%		4,2%
<i>Seine-et-Marne</i>	7,6%	0,0%		7,4%	4,2%	0,0%		4,0%
<i>Seine-Saint-Denis</i>	13,0%	0,0%		12,7%	5,0%	0,0%		4,9%
<i>Val-de-Marne</i>	4,6%	0,0%		4,3%	3,7%	0,0%		3,5%
<i>Dijon</i>	28,9%	0,0%		27,2%	40,0%	0,0%		36,8%
<i>Côte-d'Or</i>	34,4%	0,0%		32,1%	34,5%	0,0%		31,2%
<i>Nièvre</i>	17,7%	0,0%		17,0%	21,0%	0,0%		19,9%
<i>Saône-et-Loire</i>	30,6%	0,0%		28,7%	62,2%	0,0%		57,6%
<i>Yonne</i>	24,4%	0,0%		22,9%	24,4%	0,0%		22,5%
<i>Grenoble</i>	29,2%	0,0%		26,2%	24,0%	0,0%		21,3%
<i>Ardèche</i>	19,2%	0,0%		14,8%	10,5%	0,0%		7,9%
<i>Drôme</i>	52,2%	0,0%		46,6%	9,6%	0,0%		8,5%
<i>Haute-Savoie</i>	15,0%	0,0%		13,2%	13,2%	0,0%		11,7%
<i>Isère</i>	32,7%	0,0%		30,4%	41,7%	0,0%		38,3%
<i>Savoie</i>	24,4%	0,0%		22,6%	19,8%	0,0%		17,9%
<i>Guadeloupe</i>	25,1%	0,0%		23,2%	33,1%	0,0%		29,8%

<i>Académie/Département</i>	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différentié	Public+Privé	Public	Privé	Secteur non différentié	Public+Privé
<i>Guyane</i>	ND	ND		ND	42,2%	28,8%		41,5%
<i>La Réunion</i>	ND	ND	23,8%	23,8%	38,3%	0,0%		35,1%
<i>Lille</i>	43,5%	40,1%		43,0%	23,9%	11,5%		21,7%
<i>Nord</i>	43,0%	44,7%		43,3%	28,3%	12,9%		25,1%
<i>Pas-de-Calais</i>	44,4%	25,0%		42,4%	16,6%	7,1%		15,4%
<i>Limoges</i>	ND	ND	13,3%	13,3%	7,2%	0,0%		6,8%
<i>Corrèze</i>	ND	ND	7,6%	7,6%	2,0%	0,0%		1,8%
<i>Creuse</i>	ND	ND	14,4%	14,4%	7,4%	0,0%		7,3%
<i>Haute-Vienne</i>	ND	ND	16,6%	16,6%	10,1%	0,0%		9,6%
<i>Lyon</i>	41,0%	45,5%		41,8%	30,0%	6,7%		26,0%
<i>Ain</i>	18,7%	0,0%		17,3%	6,9%	0,0%		6,4%
<i>Loire</i>	29,2%	33,2%		30,1%	18,6%	20,7%		19,0%
<i>Rhône</i>	58,8%	62,3%		59,4%	48,2%	0,0%		38,9%
<i>Martinique</i>	6,4%	0,0%		6,0%	45,5%	0,0%		43,0%
<i>Montpellier</i>	ND	0,0%		ND	10,7%	0,0%		9,7%
<i>Aude</i>	7,4%	NA		7,4%	1,6%	0,0%		1,5%
<i>Gard</i>	28,9%	0,0%		26,4%	12,1%	0,0%		10,8%
<i>Hérault</i>	ND	0,0%		ND	8,2%	0,0%		7,4%
<i>Lozère</i>	7,8%	0,0%		5,4%	0,0%	0,0%		0,0%
<i>Pyrénées-Orientales</i>	32,5%	0,0%		30,6%	22,8%	0,0%		21,0%
<i>Nancy-Metz</i>	ND	ND	33,5%	33,5%	ND	ND	21,6%	21,6%
<i>Meurthe-et-Moselle</i>	ND	ND	16,4%	16,4%	ND	ND	13,6%	13,6%
<i>Meuse</i>	ND	ND	19,1%	19,1%	ND	ND	33,8%	33,8%
<i>Moselle</i>	ND	ND	50,9%	50,9%	ND	ND	21,7%	21,7%
<i>Vosges</i>	ND	ND	25,5%	25,5%	ND	ND	31,8%	31,8%
<i>Nantes</i>	ND	ND		40,1%	ND	ND		12,0%
<i>Loire-Atlantique</i>	ND	ND	69,5%	69,5%	ND	ND	7,5%	7,5%
<i>Maine-et-Loire</i>	ND	ND	19,4%	19,4%	16,2%	4,9%		12,0%
<i>Mayenne</i>	7,0%	0,3%		4,9%	7,2%	0,0%		4,8%
<i>Sarthe</i>	23,7%	16,3%		22,8%	ND	ND	12,3%	12,3%
<i>Vendée</i>	31,9%	64,0%		47,1%	25,8%	21,4%		23,5%
<i>Nice</i>	43,3%	0,0%		40,8%	26,5%	0,0%		24,9%
<i>Alpes-Maritimes</i>	39,9%	0,0%		37,2%	30,4%	0,0%		28,2%
<i>Var</i>	46,7%	0,0%		44,5%	22,6%	0,0%		21,5%
<i>Orléans-Tours</i>	21,0%	0,0%		19,4%	17,5%	0,0%		16,0%
<i>Cher</i>	55,8%	0,0%		52,6%	10,5%	0,0%		9,8%

<i>Académie/Département</i>	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différencié	Public+Privé	Public	Privé	Secteur non différencié	Public+Privé
<i>Eure-et-Loir</i>	10,4%	0,0%		9,5%	41,5%	0,0%		37,7%
<i>Indre</i>	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%		0,0%
<i>Indre-et-Loire</i>	49,7%	0,0%		45,3%	32,7%	0,0%		29,5%
<i>Loiret</i>	2,7%	0,0%		2,5%	4,0%	0,0%		3,7%
<i>Loir-et-Cher</i>	9,9%	0,0%		9,0%	2,0%	0,0%		1,8%
Paris	NA	0,0%		NA	NA	0,0%		NA
Poitiers	ND	0,0%		ND	11,3%	0,0%		10,0%
<i>Charente</i>	ND	0,0%		ND	9,5%	0,0%		8,6%
<i>Charente-Maritime</i>	ND	0,0%		ND	10,2%	0,0%		9,6%
<i>Deux-Sèvres</i>	ND	0,0%		ND	15,2%	0,0%		12,2%
<i>Vienne</i>	ND	0,0%		ND	11,0%	0,0%		9,8%
Reims	20,8%	0,0%		19,3%	20,6%	0,0%		18,8%
<i>Ardennes</i>	20,2%	0,0%		18,7%	11,2%	0,0%		10,3%
<i>Aube</i>	47,8%	0,0%		44,4%	36,1%	0,0%		33,3%
<i>Haute-Marne</i>	23,3%	0,0%		22,5%	26,5%	0,0%		25,1%
<i>Marne</i>	4,9%	0,0%		4,4%	15,0%	0,0%		13,4%
Rennes	ND	ND		ND	ND	ND		16,0%
<i>Côtes-d'Armor</i>	ND	ND	5,9%	5,9%	ND	ND	17,6%	17,6%
<i>Finistère</i>	ND	ND		ND	ND	ND	27,2%	27,2%
<i>Ille-et-Vilaine</i>	11,8%	11,2%		11,6%	8,8%	4,5%		7,3%
<i>Morbihan</i>	ND	ND	30,2%	30,2%	ND	ND	16,0%	16,0%
Rouen	ND	0,0%		ND	7,1%	0,0%		6,5%
<i>Eure</i>	ND	0,0%		ND	4,9%	0,0%		4,6%
<i>Seine-Maritime</i>	ND	0,0%		ND	8,2%	0,0%		7,5%
Strasbourg	28,7%	0,0%		27,6%	17,8%	0,0%		17,1%
<i>Bas-Rhin</i>	29,6%	0,0%		28,3%	22,8%	0,0%		21,8%
<i>Haut-Rhin</i>	27,8%	0,0%		26,9%	12,2%	0,0%		11,8%
Toulouse	ND	0,0%		ND	21,1%	3,5%		19,3%
<i>Ariège</i>	9,8%	0,0%		9,1%	15,9%	0,0%		14,8%
<i>Aveyron</i>	8,1%	0,0%		6,3%	12,1%	4,6%		10,4%
<i>Gers</i>	2,6%	0,0%		2,4%	1,4%	0,0%		1,2%
<i>Haute-Garonne</i>	20,3%	0,0%		18,7%	24,9%	4,5%		23,4%
<i>Hauts-Pyrénées</i>	13,4%	0,0%		11,7%	17,8%	0,0%		15,7%
<i>Lot</i>	23,1%	0,0%		21,4%	39,6%	29,8%		38,8%
<i>Tarn</i>	ND	0,0%		ND	24,2%	0,0%		20,7%
<i>Tarn-et-Garonne</i>	8,9%	0,0%		8,0%	10,8%	0,0%		9,7%

<i>Académie/Département</i>	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différencié	Public+Privé	Public	Privé	Secteur non différencié	Public+Privé
<i>Versailles</i>	11,9%	0,0%		11,2%	15,5%	0,0%		14,6%
<i>Essonne</i>	13,6%	0,0%		13,1%	14,3%	0,0%		13,8%
<i>Hauts-de-Seine</i>	19,1%	0,0%		17,6%	28,2%	0,0%		26,0%
<i>Val-d'Oise</i>	6,7%	0,0%		6,4%	10,1%	0,0%		9,8%
<i>Yvelines</i>	7,6%	0,0%		7,1%	9,1%	0,0%		8,5%
<i>Total général</i> ²⁵	25,8%	17,4%	29,5%	26,0%	19,7%	4,0%	18,6%	18,0%

Champ : Le calcul exclut les villes délégataires (effectifs d'élèves et visites médicales qui y sont réalisées)

ND : Non disponible

NA : Non applicable (visites médicales prises en charge par ville délégataire ou absence d'élèves scolarisés dans le privé)

Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies et du MENJ (DEPP)

²⁵ La moyenne nationale est une moyenne pondérée en fonction des effectifs de chaque département.

Annexe n° 15 : part des élèves dans leur 6^e année n'ayant pas été vu par un professionnel de santé de l'éducation nationale

Tableau n° 17 : évolution par département des enfants non examinés par un professionnel de santé de l'éducation nationale

<i>Académie/Département</i>	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différencié	Public+Privé	public	privé	Secteur non différencié	Public+Privé
<i>Aix-Marseille</i>	20,1%	54,0%		23,3%	61,5%	98,2%		65,0%
<i>Alpes-de-Haute-Provence</i>	0,0%	38,3%		2,0%	14,6%	47,2%		16,2%
<i>Bouches-du-Rhône</i>	21,2%	46,3%		23,6%	59,4%	99,5%		63,3%
<i>Hautes-Alpes</i>	0,0%	61,8%		2,9%	40,3%	100,0%		45,0%
<i>Vaucluse</i>	26,1%	84,4%		31,5%	85,7%	100,0%		87,1%
<i>Amiens</i>	12,0%	100,0%		18,5%	72,1%	100,0%		74,3%
<i>Aisne</i>	12,5%	100,0%		18,0%	66,0%	100,0%		68,6%
<i>Oise</i>	13,4%	100,0%		17,5%	78,1%	100,0%		79,2%
<i>Somme</i>	9,2%	100,0%		20,7%	67,6%	100,0%		71,9%
<i>Besançon</i>	ND	ND	4,9%	4,9%	76,7%	100,0%		78,6%
<i>Doubs</i>	ND	ND	5,7%	5,7%	81,7%	100,0%		83,3%
<i>Haute-Saône</i>	ND	ND	0,0%	0,0%	55,4%	100,0%		58,0%
<i>Jura</i>	ND	ND	1,3%	1,3%	79,9%	100,0%		82,1%
<i>Territoire de Belfort</i>	ND	ND	15,9%	15,9%	86,1%	100,0%		87,0%
<i>Bordeaux</i>	ND	ND	20,9%	20,9%	ND	ND	73,9%	73,9%
<i>Dordogne</i>	ND	ND		ND	ND	ND	90,0%	90,0%
<i>Gironde</i>	ND	ND		ND	ND	ND	83,7%	83,7%
<i>Landes</i>	ND	ND		ND	ND	ND	67,5%	67,5%
<i>Lot-et-Garonne</i>	ND	ND		ND	ND	ND	65,5%	65,5%
<i>Pyrénées-Atlantiques</i>	ND	ND		ND	ND	ND	50,6%	50,6%
<i>Caen</i>	ND	ND	57,0%	57,0%	27,9%	100,0%		39,3%
<i>Calvados</i>	ND	ND		ND	45,0%	100,0%		51,6%
<i>Manche</i>	ND	ND		ND	7,5%	100,0%		25,0%
<i>Orne</i>	ND	ND		ND	13,7%	100,0%		31,4%
<i>Clermont-Ferrand</i>	ND	ND	0,8%	0,8%	13,3%	99,5%		25,5%
<i>Allier</i>	ND	ND	0,0%	0,0%	37,8%	96,5%		42,9%
<i>Cantal</i>	ND	ND	9,1%	9,1%	0,0%	100,0%		11,9%
<i>Haute-Loire</i>	ND	ND	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%		31,7%
<i>Puy-de-Dôme</i>	ND	ND	0,0%	0,0%	7,4%	100,0%		17,6%
<i>Corse</i>	26,8%	100,0%		31,5%	74,1%	100,0%		75,3%

<i>Académie/Département</i>	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différencié	Public+Privé	public	privé	Secteur non différencié	Public+Privé
<i>Corse-du-Sud</i>	ND	100,0%		ND	49,3%	100,0%		52,4%
<i>Haute-Corse</i>	26,8%	100,0%		28,5%	94,0%	100,0%		94,2%
<i>Créteil</i>	7,3%	100,0%		10,8%	59,3%	100,0%		60,9%
<i>Seine-et-Marne</i>	17,4%	100,0%		19,8%	60,6%	100,0%		62,0%
<i>Seine-Saint-Denis</i>	3,9%	100,0%		6,7%	66,3%	100,0%		67,4%
<i>Val-de-Marne</i>	0,0%	100,0%		5,9%	48,0%	100,0%		51,0%
<i>Dijon</i>	14,6%	100,0%		19,8%	60,0%	100,0%		63,2%
<i>Côte-d'Or</i>	11,9%	100,0%		17,7%	65,5%	100,0%		68,8%
<i>Nièvre</i>	6,9%	100,0%		10,6%	79,0%	100,0%		80,1%
<i>Saône-et-Loire</i>	21,4%	100,0%		26,3%	37,8%	100,0%		42,4%
<i>Yonne</i>	12,7%	100,0%		18,0%	75,6%	100,0%		77,5%
<i>Grenoble</i>	10,3%	100,0%		19,6%	33,7%	100,0%		41,2%
<i>Ardèche</i>	0,0%	100,0%		23,1%	41,0%	100,0%		55,5%
<i>Drôme</i>	40,8%	100,0%		47,1%	61,8%	100,0%		66,4%
<i>Haute-Savoie</i>	0,0%	100,0%		11,5%	27,1%	100,0%		35,5%
<i>Isère</i>	4,7%	100,0%		11,5%	22,7%	100,0%		29,1%
<i>Savoie</i>	15,8%	100,0%		21,9%	40,9%	100,0%		46,6%
<i>Guadeloupe</i>	64,0%	100,0%		66,6%	66,9%	100,0%		70,2%
<i>Guyane</i>	ND	ND		ND	51,9%	71,2%		53,1%
<i>La Réunion</i>	ND	ND	32,0%	32,0%	50,0%	100,0%		54,2%
<i>Lille</i>	6,6%	59,9%		15,2%	3,8%	88,5%		19,0%
<i>Nord</i>	10,2%	55,3%		18,9%	5,3%	87,1%		22,5%
<i>Pas-de-Calais</i>	0,9%	75,0%		8,6%	1,3%	92,9%		12,6%
<i>Limoges</i>	ND	ND	16,4%	16,4%	92,7%	100,0%		93,1%
<i>Corrèze</i>	ND	ND	9,8%	9,8%	98,0%	100,0%		98,2%
<i>Creuse</i>	ND	ND	7,0%	7,0%	92,0%	100,0%		92,1%
<i>Haute-Vienne</i>	ND	ND	23,0%	23,0%	89,9%	100,0%		90,4%
<i>Lyon</i>	22,8%	54,5%		28,0%	68,1%	93,3%		72,4%
<i>Ain</i>	27,2%	100,0%		32,9%	91,3%	100,0%		92,0%
<i>Loire</i>	31,5%	66,8%		38,8%	81,4%	79,3%		81,0%
<i>Rhône</i>	16,0%	37,7%		19,9%	48,8%	100,0%		58,7%
<i>Martinique</i>	84,3%	100,0%		85,2%	54,5%	100,0%		57,0%
<i>Montpellier</i>	75,5%	100,0%		78,3%	89,3%	100,0%		90,3%
<i>Aude</i>	92,6%	NA		92,6%	98,4%	100,0%		98,5%
<i>Gard</i>	71,1%	100,0%		73,6%	87,9%	100,0%		89,2%
<i>Hérault</i>	ND	100,0%		ND	91,8%	100,0%		92,6%

<i>Académie/Département</i>	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différentié	Public+Privé	public	privé	Secteur non différentié	Public+Privé
<i>Lozère</i>	92,2%	100,0%		94,6%	100,0%	100,0%		100,0%
<i>Pyrénées-Orientales</i>	67,5%	100,0%		69,4%	77,2%	100,0%		79,0%
<i>Nancy-Metz</i>	ND	ND	8,0%	8,0%	ND	ND	76,9%	76,9%
<i>Meurthe-et-Moselle</i>	ND	ND	6,0%	6,0%	ND	ND	86,4%	86,4%
<i>Meuse</i>	ND	ND	14,2%	14,2%	ND	ND	54,8%	54,8%
<i>Moselle</i>	ND	ND	3,5%	3,5%	ND	ND	78,3%	78,3%
<i>Vosges</i>	ND	ND	22,0%	22,0%	ND	ND	63,5%	63,5%
<i>Nantes</i>	0,9%	56,6%		28,5%	32,9%	88,6%		54,4%
<i>Loire-Atlantique</i>	ND	ND	30,5%	30,5%	ND	ND	68,1%	68,1%
<i>Maine-et-Loire</i>	ND	ND	44,0%	44,0%	39,0%	95,1%		60,1%
<i>Mayenne</i>	0,0%	99,7%		31,6%	0,3%	100,0%		33,4%
<i>Sarthe</i>	0,0%	83,7%		11,0%	ND	ND	19,4%	19,4%
<i>Vendée</i>	2,8%	36,0%		18,6%	44,0%	78,6%		61,5%
<i>Nice</i>	55,9%	100,0%		58,4%	72,2%	100,0%		73,9%
<i>Alpes-Maritimes</i>	60,1%	100,0%		62,8%	69,6%	100,0%		71,8%
<i>Var</i>	51,7%	100,0%		54,0%	74,8%	100,0%		76,0%
<i>Orléans-Tours</i>	28,4%	100,0%		34,0%	59,8%	100,0%		63,2%
<i>Cher</i>	0,0%	100,0%		5,7%	52,4%	100,0%		55,8%
<i>Eure-et-Loir</i>	3,3%	100,0%		11,1%	26,6%	100,0%		33,4%
<i>Indre</i>	35,7%	100,0%		39,2%	95,0%	100,0%		95,3%
<i>Indre-et-Loire</i>	31,4%	100,0%		37,4%	57,5%	100,0%		61,6%
<i>Loiret</i>	57,4%	100,0%		60,7%	75,0%	100,0%		76,9%
<i>Loir-et-Cher</i>	16,5%	100,0%		23,6%	63,2%	100,0%		66,2%
<i>Paris</i>	NA	100,0%		NA	NA	100,0%		NA
<i>Poitiers</i>	ND	100,0%		ND	88,7%	100,0%		90,0%
<i>Charente</i>	ND	100,0%		ND	90,5%	100,0%		91,4%
<i>Charente-Maritime</i>	ND	100,0%		ND	89,8%	100,0%		90,4%
<i>Deux-Sèvres</i>	ND	100,0%		ND	84,8%	100,0%		87,8%
<i>Vienne</i>	ND	100,0%		ND	89,0%	100,0%		90,2%
<i>Reims</i>	53,2%	100,0%		56,7%	56,1%	100,0%		59,9%
<i>Ardennes</i>	14,4%	100,0%		20,6%	69,8%	100,0%		72,3%
<i>Aube</i>	52,2%	100,0%		55,6%	55,1%	100,0%		58,6%
<i>Haute-Marne</i>	76,7%	100,0%		77,5%	65,3%	100,0%		67,1%
<i>Marne</i>	66,3%	100,0%		69,4%	47,6%	100,0%		53,0%
<i>Rennes</i>	12,7%	27,3%		22,3%	36,4%	54,3%		47,2%
<i>Côtes-d'Armor</i>	ND	ND	12,3%	12,3%	ND	ND	53,9%	53,9%

Académie/Département	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différencié	Public+Privé	public	privé	Secteur non différencié	Public+Privé
<i>Finistère</i>	ND	ND		ND	ND	ND	47,5%	47,5%
<i>Ille-et-Vilaine</i>	12,7%	27,3%		18,0%	36,4%	54,3%		42,8%
<i>Morbihan</i>	ND	ND	36,8%	36,8%	ND	ND	49,0%	49,0%
<i>Rouen</i>	ND	100,0%		ND	92,9%	100,0%		93,5%
<i>Eure</i>	ND	100,0%		ND	95,1%	100,0%		95,4%
<i>Seine-Maritime</i>	ND	100,0%		ND	91,8%	100,0%		92,5%
<i>Strasbourg</i>	22,0%	100,0%		25,0%	5,9%	100,0%		9,5%
<i>Bas-Rhin</i>	32,9%	100,0%		35,9%	11,2%	100,0%		15,2%
<i>Haut-Rhin</i>	9,9%	100,0%		13,0%	0,0%	100,0%		3,0%
<i>Toulouse</i>	5,3%	100,0%		16,4%	55,5%	96,5%		59,8%
<i>Ariège</i>	0,0%	100,0%		6,9%	0,0%	100,0%		7,4%
<i>Aveyron</i>	2,0%	100,0%		24,3%	59,5%	95,4%		67,8%
<i>Gers</i>	3,1%	100,0%		13,0%	87,5%	100,0%		88,9%
<i>Haute-Garonne</i>	8,7%	100,0%		15,7%	56,7%	95,5%		59,7%
<i>Hautes-Pyrénées</i>	2,8%	100,0%		14,9%	46,2%	100,0%		52,4%
<i>Lot</i>	0,0%	100,0%		7,6%	59,5%	70,2%		60,3%
<i>Tarn</i>	ND	100,0%		ND	31,4%	100,0%		41,4%
<i>Tarn-et-Garonne</i>	0,0%	100,0%		9,5%	89,1%	100,0%		90,2%
<i>Versailles</i>	17,3%	100,0%		21,8%	39,1%	100,0%		42,4%
<i>Essonne</i>	0,0%	100,0%		3,2%	43,4%	100,0%		45,3%
<i>Hauts-de-Seine</i>	31,3%	100,0%		36,7%	34,3%	100,0%		39,4%
<i>Val-d'Oise</i>	14,2%	100,0%		17,2%	32,2%	100,0%		34,6%
<i>Yvelines</i>	22,4%	100,0%		27,4%	46,8%	100,0%		50,3%
<i>Total général</i> ²⁶	20,6%	77,9%	22,9%	26,2%	52,2%	93,4%	64,8%	58,0%

Champ : Le calcul exclut les villes délégataires

ND : Non disponible

NA : Non applicable (élèves pris en charge par ville délégataire ou absence d'élèves scolarisés dans le privé)

Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies et du MENJ (DEPP)

²⁶ La moyenne nationale est une moyenne pondérée en fonction des effectifs de chaque département.

Annexe n° 16 : les services municipaux de santé scolaire dans les villes délégataires

Héritiers des services municipaux d'hygiène créés sous la III^e République, les services municipaux de santé scolaire (SMSS) ont vu le jour pour la plupart dans l'entre-deux guerres. 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. Si certaines municipalités ont fini par renoncer à exercer des compétences en matière de santé scolaire²⁷, onze d'entre-elles disposent encore aujourd'hui d'un service municipal de santé scolaire intervenant sur un périmètre plus ou moins large. Il s'agit des collectivités dites « à régime autonome » ou « semi-autonome » : Antibes Juan-les-Pins, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon, Nantes, Paris, Rennes, Strasbourg, Vénissieux et Villeurbanne²⁸. Ce service est rattaché pour la plupart d'entre elles à la direction en charge de la santé, seules trois villes ont confié le SMSS à la direction en charge de l'éducation²⁹. Les services municipaux de santé scolaire ont vu leurs missions s'élargir au fil du temps. À l'origine centrés sur les questions d'hygiène et de salubrité publique dans une optique de prophylaxie des maladies contagieuses, ils opèrent désormais sur le champ plus large de la promotion de la santé et mettent en place des actions transversales destinées à lutter contre les inégalités sociales et territoriales.

Une délégation peu sécurisée sur le plan juridique

Les villes qui ont choisi de maintenir un service municipal de santé scolaire exercent par délégation de l'État les missions obligatoires fixées par le code de l'éducation. La délégation de la mission de santé scolaire aux villes résulte souvent d'un héritage historique et la Cour a pu constater au moment de l'enquête qu'il n'était pas toujours sécurisé sur un plan juridique. Quelques villes agissent par délégation de l'État sur la base d'une convention signée plus ou moins récemment : Bordeaux en 1986 (la convention triennale a été renouvelée en 2017), Grenoble et Nantes en 2000, Paris en 2006 (la convention triennale 2016-2018 est en cours de renouvellement³⁰), Strasbourg en 2015. Certaines conventions ont fait l'objet d'avenants. D'autres sont renouvelées par tacite reconduction comme celle de Grenoble qui renvoie aux missions du service de promotion de la santé en faveur des élèves définies par la circulaire du 24 juin 1991³¹. La convention de Nantes, signée la même année, ne vise aucun texte réglementaire, mais décline les actions prises en charge et les visites ou bilans réalisés à chaque niveau scolaire. Certaines villes continuent d'intervenir à la place des services de l'État en l'absence de toute convention. C'est le cas d'Antibes Juan-les-Pins qui déclare engager les démarches auprès des services de l'éducation nationale pour régulariser cette situation. Villeurbanne, qui ne disposait pas de convention au moment de l'enquête, a depuis signé une convention en 2019. De même, la convention qui liait la ville de Lyon au rectorat a été renouvelée en décembre 2019 alors qu'elle était échue depuis 2014. Les villes de Clermont-Ferrand, Rennes et Vénissieux contribuent, en collaboration avec les services de l'éducation

²⁷ Lille en 2011, Dijon en 2013, Nice en 2016, Saint-Quentin en 2018.

²⁸ La plupart de ces villes sont membres du « Réseau française des villes-santé de l'OMS » et au sein de cette association, du réseau des « villes santé scolaire ».

²⁹ Il s'agit des communes d'Antibes Juan-les-Pins, de Clermont-Ferrand et de Lyon.

³⁰ La convention de 2016 était signée par le Département de Paris.

³¹ Une nouvelle convention est en cours de négociation.

nationale, à des actions de prévention et de promotion de la santé auprès des élèves scolarisés dans les écoles, mais n'exercent pas les compétences dévolues réglementairement à l'éducation nationale (visite de la 6^e année). Elles ne sont donc pas liées par une convention à ses services et ne perçoivent aucune subvention de l'État.

Des actions hétérogènes d'une ville à l'autre et sur un périmètre variable

Le périmètre d'intervention du service municipal de santé scolaire est variable d'une ville à l'autre. Pour quatre communes, le SMSS opère de la grande section en maternelle (GSM) jusqu'au CM2 (Lyon, Nantes, Vénissieux et Villeurbanne). Certaines communes interviennent également sur le champ de la PMI par délégation du conseil départemental (Antibes Juan-les-Pins, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Grenoble, Strasbourg) et réalisent les bilans de santé des 3/4 ans. Le cas de Paris est singulier en raison de son statut de collectivité unique à statut particulier. Le SMSS de Paris, rattaché à la Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (DASES), couvre tout le 1^{er} degré public de la petite section de maternelle au CM2.

La moitié des villes interviennent également dans les établissements privés sous contrat du premier degré. Les interventions dans le second degré public sont marginales. Dans le cadre des pouvoirs confiés au maire, le SMSS de Nantes effectue les visites à domicile pour l'ensemble des enfants qui bénéficient d'une instruction à domicile quel que soit le niveau concerné. Le SMSS de Bordeaux intervient au lycée horticole privé Camille Godard de la commune du Haillan et celui de la ville d'Antibes Juan-les-Pins couvre également les établissements privés sous contrat du 2nd degré.

Tableau n° 18 : périmètre d'intervention des services municipaux de santé scolaire

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

Tableau Cour des comptes

(1) Le service de santé scolaire de Lyon intervient ponctuellement en petite et moyenne section de maternelle pour traiter de l'instruction à domicile, des dérogations au périmètre scolaire, des PAI et dans les cas de grande précarité.

(2) La ville de Clermont-Ferrand n'emploie pas de médecins, les visites médicales de la 6^e année sont réalisées par les médecins de l'éducation nationale. Les infirmières de la ville organisent et réalisent seules des bilans de santé pour les enfants de 3/4 ans, de CP et de CE2.

(3) Le service santé enfance de la ville de Rennes n'intervient que sur le champ de la PMI par délégation du département d'Ille-et-Vilaine dans les écoles publiques et privées (hors et sous contrat). Il n'exerce pas de missions de santé scolaire par délégation de l'éducation nationale, mais intervient néanmoins sur tout le 1^{er} degré pour les PAI allergies alimentaires, en cas de maladies infectieuses en petite et moyenne section de maternelle et réalise l'ensemble des visites dans le cas de l'instruction à domicile de 3 à 16 ans.

(4) Le service de santé scolaire d'Antibes effectue les visites à domicile pour les enfants scolarisés dans les familles quel que soit le niveau scolaire (1^{er} et 2nd degré des secteurs public et privé sous contrat).

(5) La ville de Grenoble intervient dans toutes les écoles publiques et privées sous contrat en cas de crise sanitaire sévère (ex. méningite).

Les actions des villes délégataires vont bien souvent au-delà de la visite médicale obligatoire de la 6^e année et couvrent, pour certaines d'entre elles, tout le champ du 1^{er} degré avec des visites médicales, ou bilans infirmiers, systématiques ou à la demande à plusieurs âges de l'élève.

Tableau n° 19 : le suivi médical des élèves dans le 1^{er} degré : l'exemple de Villeurbanne

		Écoles publiques	Écoles privées
<i>Grande section de maternelle</i>	Systématique	Dépistage sensoriel (tests visuels et auditifs)	Dépistage sensoriel (tests visuels et auditifs)
		Bilan de Santé et Évaluation du Développement pour la scolarité (BSEDS)	
		Visite médicale en présence des parents (typologie III)*	
	Sur repérage	Visite médicale en présence des parents sur repérage infirmier et/ou des enseignants ou pour les élèves ayant bénéficié d'un bilan approfondi (typologies I et II)	Bilan de Santé et Évaluation du Développement pour la scolarité (BSEDS) sur repérage enseignant
	Suivi	Suivi des préconisations suite au bilan	Visites médicales ciblées
<i>CP</i>	À la demande	Consultation infirmières ou examen à la demande	
		Suivi des préconisations	
<i>CE1</i>	À la demande	Examens médicaux et/ou tests sensoriels	
		Consultations infirmières	
	Suivi	Suivi des préconisations	
<i>CE2</i>	Systématique	Consultations infirmières (typologie III)	
		Tests de lecture / compréhension (typologie III)	
		Tests visuels (pour tous les élèves)	
		Examens biométriques et calcul de l'IMC	
		Mise à jour des vaccinations (DTP / ROR)	
	À la demande	Examens médicaux	
		Consultations infirmières (typologies I et II)	
		Tests de lecture / compréhension (typologies I et II)	
		Tests auditifs	
	Suivi	Suivi des préconisations	

		Écoles publiques	Écoles privées
CM1	Systématique	Dépistage bucco-dentaire (typologie II et III)	
	À la demande	Examens médicaux	
		Tests sensoriels	
		Consultations infirmières	
Suivi	Suivi des préconisations		
CM2	À la demande	Examens médicaux	
		Consultations infirmières	
	Suivi	Suivi des préconisations	
ULIS		Visites médicales à la demande Certificats médicaux MDPH Tests sensoriels et bilans infirmiers à la demande Suivi des préconisations	
UPE2A		Bilans infirmiers et examens médicaux à la demande Suivi des préconisations Dossiers MDPH	

Source : Cour des comptes d'après le rapport d'activité 2017-2018 du SMSS de la ville de Villeurbanne

* Les écoles de Villeurbanne sont classées en trois groupes en fonction d'indicateurs sanitaires et sociaux : de la typologie I pour les écoles qui présentent de meilleurs indicateurs sociaux et de santé aux écoles en typologie III qui sont les plus défavorisées.

La ville de Paris, qui pratiquait de la même façon des dépistages à plusieurs âges de la vie, revoit cette approche qu'elle estime peu pertinente à l'occasion d'un nouveau projet de service qui doit voir le jour en 2020. La ville entend évoluer vers plus d'examens à la demande à destination des élèves à besoins particuliers dont le nombre tend à augmenter. D'autres villes réalisent également des visites médicales à la demande pour tous les niveaux, ainsi que des bilans infirmiers ciblés sur élèves de CE2 les plus vulnérables scolarisés dans les écoles classées en REP (Bordeaux, Grenoble) ou dans les quartiers défavorisés (Grenoble, Lyon, Villeurbanne), ou de façon systématique comme à Antibes où tous les élèves de CE2 bénéficient d'un bilan infirmier. Le SMSS d'Antibes Juan-les-Pins effectue également des bilans infirmiers en 6^e pour les collèges privés depuis la rentrée 2019. Le SMMS de Clermont-Ferrand a étendu à la rentrée 2019 à tous les élèves de CE2 le bilan infirmier qui était jusqu'alors réservé aux élèves de REP+. Dans cette ville, le bilan infirmier ou « entretien infirmier » systématique sans présence obligatoire des parents, qui concerne également les élèves de CP, consiste en un examen biométrique et bucco-dentaire, une exploration sensorielle et dans la vérification du carnet de vaccination qui peut conduire les infirmières à orienter l'élève vers un médecin spécialiste avec un suivi de cette orientation. À Vénissieux, les infirmières de la ville reçoivent tous les élèves de GSM pour un bilan infirmier et, depuis 2016, les orientent vers le médecin scolaire de l'éducation nationale.

Tous les SMSS mènent des actions à destination des élèves à besoins particuliers : mise en place des Projets d'Accueil Individualisés (PAI) pour les élèves porteurs de maladies chroniques, des Plans d'Accompagnement Personnalisés (PAP) pour les élèves ayant des troubles des apprentissages et des Projets Personnalisés de Scolarisation (PPS) pour les élèves en situation de handicap. Les médecins participent souvent à l'élaboration des dossiers MDPH pour faciliter l'inclusion des enfants porteurs de handicap. Le SMSS d'Antibes possède aussi

une unité chargée de l'intégration des enfants porteurs de handicap dans les activités péri et extra scolaires, qui emploie sept référents handicap et une coordinatrice.

Un exemple d'interventions médico-sociales : la ville de Nantes

Tous les élèves scolarisés dans les écoles du 1^{er} degré de la ville de Nantes (public et privé sous contrat) sont vus de manière systématique deux fois par le service municipal de santé scolaire :

- en grande section de maternelle pour un bilan de santé en présence des parents réalisé en binôme par le médecin et l'infirmière scolaire (bilan obligatoire de la 6^e année) ;
- en CE2, l'enfant est vu seul par l'infirmière pour un bilan infirmier.

Lors de ces bilans, des avis sont rédigés par les professionnels de santé et les familles redirigées vers un professionnel libéral si besoin (rappel de vaccins, consultation ophtalmologique, etc.). Lorsque l'enfant présente des problématiques particulières liées aux apprentissages ou au comportement par exemple, il peut être vu de manière spécifique à travers un « examen à la demande » réalisé en binôme médecin et infirmière scolaire. Les prescripteurs de ces examens peuvent être la PMI, les enseignants, les directeurs d'école, des intervenants sur le périscolaire, etc.

Les actions spécifiques sont destinées aux élèves à besoins particuliers. La santé scolaire nantaise participe, à travers un binôme médecin / assistante sociale, à toutes les équipes éducatives déclenchées par les directeurs des écoles et toutes les équipes de suivi de scolarisation générées par l'enseignant référent dans le cadre de situation d'enfants porteurs de handicap. Par ailleurs, les médecins scolaires s'assurent que l'ensemble des enfants porteurs de pathologies chroniques (asthme, épilepsie, diabète...) et/ou d'allergies ou d'intolérances, notamment alimentaires, bénéficient d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) pour permettre une scolarité en milieu ordinaire. De même, ils accompagnent la mise en place d'un Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) pour les élèves qui connaissent des difficultés scolaires durables ayant pour origine un ou plusieurs troubles des apprentissages (dyscalculie, dysorthographe, dyspraxie, etc.). Enfin, l'équipe de médecins et d'assistants sociaux accompagne nombre de familles dans la constitution de leur dossier auprès de la maison des personnes handicapées (MDPH).

La Ville de Strasbourg, en lien avec les associations partenaires, met en place des actions de sensibilisation au handicap. Cette démarche citoyenne et innovante vise le mieux vivre ensemble et bénéficie à la fois aux enfants, aux professionnels de l'éducation nationale, au personnel municipal et aux parents³².

Les services municipaux agissent également en prévention auprès des familles dans les cas de maladies transmissibles et, pour certains d'entre eux, organisent des séances de vaccination à destination des élèves. Les infirmières municipales de Clermont-Ferrand participent avec le dispensaire à des séances de vaccination (DTP, ROR) pour élèves de CP et de CM2. À Vénissieux, les infirmières municipales et des médecins vacataires vaccinent dans les écoles, avec l'accord exprès des parents, les enfants qui ne l'ont pas été par leur médecin traitant en fonction de l'âge imposé par le calendrier vaccinal. À Bordeaux, sur la base d'une convention passée avec le département de la Gironde, trois des quatre centres médico-scolaires réalisent des vaccins qui sont pour la plupart fournis gratuitement par le Conseil départemental, tout comme à Antibes où le SMSS procède gratuitement à des vaccinations sur la base d'une convention passée avec le département des Alpes Maritimes. De même, la ville de Strasbourg

³² Le handicap visuel et moteur ont été abordés en 2018/2019 par des actions telles que « parcours dans le noir », le KM solidarité ou des ateliers sportifs qui ont contribué à sensibiliser près de 1 400 élèves.

délivre gratuitement la vaccination DTP aux enfants de moins de 6 ans dans les Centres Médico-Sociaux. Le SMSS de Villeurbanne n'assure plus les vaccinations dans les écoles depuis 2010, mais les infirmières scolaires vérifient les carnets de santé et alertent les familles qui ne respectent pas le calendrier vaccinal. A Paris, les campagnes de vaccination relèvent du bureau de la prévention. Les élèves peuvent se rendre dans les centres de prévention pour obtenir des vaccinations.

Au-delà du socle des missions obligatoires encadrées par la loi, des villes ont mis en place des actions de santé spécifiques pour répondre aux besoins de leur territoire. Ainsi, à Antibes Juan-les-Pins, une psychologue municipale assure sur le temps scolaire des consultations auprès d'enfants en difficultés et une orthophoniste vacataire assure des consultations de dépistage et de guidance parentale pour les enfants présentant des troubles du langage. La psychologue du service de santé scolaire a mis en place une action de « médiation par les pairs » avec le service périscolaire de la direction de l'éducation qui vise à développer les compétences psychosociales afin d'apprendre, dès l'enfance, à répondre aux conflits par la parole et le dialogue et sans violence. La ville d'Antibes est aussi particulièrement investie dans le dépistage des troubles de déficit de l'attention / hyperactivité (TDAH), ainsi que dans la prévention des risques psycho-sociaux et des conduites à risques au travers d'actions mobilisant des équipes pluridisciplinaires. La ville d'Antibes a aussi financé un programme GBG (*good behaviour game*) sur une des écoles de la commune à destination des enseignants et a ensuite décliné cette action sur les temps périscolaires.

La ville de Grenoble a recruté un orthophoniste à mi-temps afin d'évaluer, orienter et accompagner les enfants qui en ont besoin et de faire de la prévention des troubles du langage auprès des parents d'élèves.

Les services médicaux, en lien avec les services sociaux, participent à la protection de l'enfance en repérant les élèves en risque de danger pouvant déboucher sur des informations préoccupantes ou des signalements. La ville de Nantes, ainsi que la ville de Rennes pour la petite et moyenne section de maternelle, disposent d'une équipe d'assistants sociaux qui accompagnent les familles en fragilité que ce soit autour de soutiens dans leur parentalité ou pour faciliter leur accès aux soins et aux droits (loisirs, logement, cantine, etc.). Les travailleurs sociaux nantais exercent également un travail de veille et d'accompagnement en matière de protection de l'enfance. Ils peuvent être amenés à rédiger des informations préoccupantes ou des signalements et épauler également la communauté éducative (enseignants, directeurs d'école...) dans cette démarche. La ville de Lyon dispose de 22 ETP d'assistantes sociales qui participent de la même manière à l'accompagnement des familles autour de la parentalité, l'accès aux droits (loisirs, cantine, aide à l'intégration scolaire, etc.). Elles peuvent être amenées à rédiger des informations préoccupantes et/ou accompagnent les équipes pédagogiques dans la rédaction d'informations préoccupantes ou signalements. À la demande de la métropole, l'équipe médico-sociale pluridisciplinaire rédige des rapports complémentaires dans le cadre de l'évaluation des informations préoccupantes. À Rennes, suite au bilan de santé des 4 ans, les familles peuvent être orientées par les médecins et les infirmières vers l'assistante sociale du service ou l'un des 4 psychologues.

Enfin, les SMSS peuvent intervenir dans les cellules de crise en cas d'événements traumatisants.

Des actions de prévention et de promotion de la santé nombreuses

Les villes délégataires interviennent dans le champ de la promotion de la santé, ce qui les conduit à définir leur propre politique de santé en complément de la politique académique. Ces actions de prévention collective s'inscrivent dans le contrat local de santé dont l'éducation nationale est parfois cosignataire³³. Elles sont confiées le plus souvent aux personnels infirmiers comme à Clermont-Ferrand où des infirmières dédiées à la prévention évaluent les besoins de santé sur le territoire et élaborent un plan d'action pour répondre aux problématiques de santé identifiées par leurs collègues chargées des bilans infirmiers. Les actions de prévention élaborées par les services municipaux sont extrêmement variées. Elles portent sur l'alimentation, l'hygiène corporelle, le danger des écrans, le sommeil, les accidents domestiques, les jeux dangereux, l'estime de soi, le harcèlement, la sensibilisation au handicap, la vie affective et sexuelle, la puberté, etc. Des initiations aux gestes de premiers secours sont aussi proposées à Bordeaux (animées par les sapeurs-pompiers), à Grenoble, Nantes ou encore à Strasbourg. Des actions de prévention des accidents domestiques sont réalisées par la Croix-Rouge à destination des élèves de maternelle, CP et CE1 à Bordeaux.

À Grenoble, des travailleurs sociaux interviennent dans les classes pour mener des actions de prévention et d'éducation pour la santé co-construites avec les équipes éducatives et associant les parents. Les thématiques d'intervention à destination des enfants sont définies au regard des demandes des écoles et s'inscrivent autour des deux axes principaux qui sont « Vivre ensemble » (les compétences psycho-sociales, les relations filles-garçons, la puberté, etc.) et « Bien dans son corps » (l'audition, la nutrition, les écrans, etc.). Des éducateurs d'activité physique adaptée sont associés aux actions destinées aux élèves des classes ULIS porteurs de handicaps physiques et cognitifs. De même à Nantes, les infirmières peuvent se voir confier des actions d'éducation à la santé co-construites avec les équipes éducatives et validées par les conseillers pédagogiques de circonscription.

Certaines actions de promotion de la santé peuvent être menées avec des partenaires associatifs ou des acteurs territoriaux. C'est le cas notamment des séances de dépistage ou de contrôle bucco-dentaire menées à Grenoble en collaboration avec des praticiens de l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD), le pôle médical prenant en charge l'accompagnement des enfants porteurs de multi-caries. À Villeurbanne, ce sont des dentistes bénévoles qui assurent des dépistages dans les écoles les plus défavorisées. De même, la ville d'Antibes a mis en place depuis plus de vingt ans un dépistage bucco-dentaire systématique effectué par des dentistes libéraux qui interviennent bénévolement auprès de tous les élèves des écoles élémentaires. La ville de Bordeaux, en partenariat avec l'université, fait intervenir des étudiants dentaires de 6^e année dans les écoles maternelles situées en REP et présentant des indicateurs de santé bucco-dentaires défavorables. Le dispositif « M'T Dents » prend le relai dans les écoles élémentaires et est déployé en partenariat avec l'UFSBD et la CPAM qui effectue des relances auprès des familles n'ayant pas utilisé le bon pour l'examen bucco-dentaire de leur enfant. La ville de Strasbourg a opté pour un centre de santé dentaire qui permet à tous les élèves (de 700 à 900 selon les années) de bénéficier tous les ans d'un dépistage bucco-

³³ Seule la ville d'Antibes ne dispose pas d'un contrat local de santé (CLS). Concernant les villes de santé scolaire, l'éducation nationale est cosignataire de six contrats locaux de santé (Bordeaux, Grenoble, Nantes, Strasbourg, Vénissieux, Villeurbanne).

dentaire et à plusieurs centaines de bénéficiaires de soins gratuits au sein de cabinets répartis dans les quartiers de la ville, dans ou à proximité des écoles.

Autre exemple, le service de santé scolaire de Nantes qui est partenaire du dispositif « Bouge pour ta santé » porté par des mutuelles et déployé dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPPV). Le SMSS de Villeurbanne assure un repérage des enfants en surpoids et ne pratiquant pas d'activité physique. Les élèves concernés peuvent s'inscrire dans un dispositif *pass'sport santé* porté par la direction de la santé publique et la direction du sport. Ce lien entre les actions de dépistage et les dispositifs de la ville sont des éléments essentiels pour promouvoir la santé et faciliter les changements de comportement de l'élève et de sa famille au-delà du cadre scolaire. Par ailleurs, l'engagement de la ville de Villeurbanne dans l'accueil de populations migrantes s'est concrétisé dans certains groupes scolaires par un accueil spécifique des enfants de « squats » ou en « bidonvilles » scolarisés avec la possibilité d'accès à des douches. La ville effectue un repérage des problématiques de santé, un accompagnement à l'accès aux droits ainsi qu'une orientation vers des spécialistes en cas de besoin.

Les infirmières de Clermont-Ferrand travaillent en partenariat avec la CLCV (association nationale de défense des consommateurs) pour organiser des petits déjeuners et des goûters afin de sensibiliser les plus jeunes et leurs parents à l'importance de ce repas et à l'équilibre alimentaire. À Rennes, les infirmières et psychologues interviennent en partenariat avec le Programme de Réussite Éducative ou sur sollicitation des écoles sur la thématique de l'alimentation, de l'hygiène dentaire et du rapport aux écrans. À Lyon, les équipes pluridisciplinaires (infirmières, assistantes sociales, diététicienne, psychologue) travaillent en concertation avec les enseignants pour concevoir et mettre en place des actions d'éducation pour la santé répondant aux besoins repérés des enfants. Les actions, inscrites dans le projet de l'école, sont déployées sur le temps scolaire, mais peuvent trouver un prolongement sur les autres temps de l'enfant (périscolaire par exemple).

À Paris, la Mission Métropolitaine de Prévention des Conduites à Risques (MMPCR)³⁴ élabore des outils et finance des associations via des appels à projets qui réalisent des actions de prévention des risques sur des thématiques telles que la santé sexuelle, les produits psychotropes, les écrans ou le renforcement de l'estime de soi.

Une attention particulière est accordée aux parents qui sont les interlocuteurs privilégiés des services de santé scolaire. Les villes mènent des actions autour de la parentalité sous forme de « café des parents » dans les écoles (Bordeaux, Grenoble, Nantes, Strasbourg) ou d'ateliers parents-enfants (Grenoble). Les thèmes abordés sont variés : les risques liés aux écrans, le sommeil, l'autorité, la vaccination, l'alimentation, etc. Les médecins et les assistants sociaux peuvent être présents aux côtés des infirmiers selon les thématiques abordées.

L'ensemble de ces activités permet à certaines villes de disposer d'un observatoire de santé. À Strasbourg, cet observatoire a permis de créer en 2014 le dispositif *PRECCOSS (Prise en charge des enfants en surpoids)* qui permet un accompagnement pluridisciplinaire et gratuit des enfants en surpoids et obèses. La ville de Nantes délègue à un prestataire extérieur la saisie et l'analyse des données de santé qui ont permis d'objectiver des inégalités sociales et territoriales de santé dès le plus jeune âge. Les données collectées lors des visites médicales de grande section de maternelle et des bilans infirmiers en CE2 ont servi de base à l'étude de

³⁴ Créée en juillet 2013, la MMPCR met en œuvre la politique de la Mairie de Paris et du Conseil Départemental de la Seine-Saint-Denis dans le domaine de la prévention des conduites à risques.

l'Observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire portant sur l'évolution du statut pondéral et la santé bucco-dentaire des enfants résidant et scolarisés à Nantes entre 2009-2010 et 2016-2017. Une analyse croisée du statut pondéral et de la santé bucco-dentaire des enfants selon le niveau de défavorisation sociale de l'environnement résidentiel a en outre été menée spécifiquement par la plateforme « *Apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé* » (*Aapriiss*) de l'*Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société* (*Iferiss*) qui ont permis de mettre en lumière un surpoids deux fois plus fréquent chez les enfants des quartiers prioritaires et une obésité 3 à 4 fois plus fréquente³⁵. Ces données constituent une aide à la décision et permettent de cibler les actions sur les écoles ayant les populations les plus fragiles. Ces données ne sont malheureusement pas communiquées aux services académiques qui semblent les ignorer³⁶. À Villeurbanne, les infirmières participent au CESC lorsqu'il existe et synthétisent les données de contexte et de santé de chaque groupe scolaire dans un outil dit « monographie ». Cet outil permet d'avoir une vision globale du groupe scolaire et constitue un outil d'aide à la décision pour le choix des actions de prévention au sein de l'école.

Des villes délégataires plus efficaces que l'éducation nationale au prix d'investissements plus conséquents

Le taux de réalisation de la visite médicale des enfants dans leur 6^e année est beaucoup plus élevé dans les villes délégataires que dans les académies. Cependant, elles investissent dans le domaine de la santé scolaire des moyens très supérieurs au montant des subventions reçues de l'Etat en contrepartie des missions déléguées.

En 2018-2019, alors que les médecins de l'éducation nationale ont examiné 18 % des enfants, ce taux est 4 fois plus élevé dans les villes délégataires puisqu'il s'établit à 72,8 %. Par ailleurs, le taux d'enfants non examinés physiquement par un professionnel de santé est 6 fois moindre dans les villes délégataires (9,6 % contre 58 % à l'éducation nationale en 2018-2019).

³⁵ *La santé des nantais*. Publication de l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. Décembre 2018. p. 79 à 88.

³⁶ Les données statistiques ne sont pas transmises par la ville aux services de l'éducation nationale qui ne les demandent pas. De leur côté, les services académiques déclarent ne pas avoir accès aux données concernant la visite de la 6^{ème} année qui, de ce fait, ne sont pas remontées dans les statistiques de la DGESCO. Le prochain contrat local de santé (CLSa2 2019-2024) sera signé par l'éducation nationale, ce qui semble augurer des prémices d'une coopération.

**Tableau n° 20 : taux de réalisation de la visite médicale de la 6^e année
dans les villes délégataires**

Ville	Périmètre d'intervention	2013-2014		2018-2019	
		Taux de réalisation VM	% d'élèves n'ayant été vus par aucun professionnel de santé	Taux de réalisation VM	% d'élèves n'ayant été vus par aucun professionnel de santé
Antibes	Public + privé	99,5%	0,5%	98,2%	1,8%
Bordeaux	Public + privé	94,8%	5,2%	51,8%	48,2%
Grenoble	Public + privé	95,6%	4,4%	13,1%	3,0%
Lyon	Public	40,5%	3,0%	30,8%	6,5%
Nantes	Public + privé	88,1%	11,9%	100,0%	0,0%
Paris	Public	87,9%	12,1%	92,4%	7,6%
Strasbourg	Public	93,2%	6,8%	82,1%	6,7%
Villeurbanne	Public + privé	86,0%	0,5%	28,7%	10,9%
<i>Total général</i>		83,5%	8,7%	72,8%	9,6%

Source : Calcul Cour des comptes d'après données des villes délégataires

La visite médicale n'est pas systématique dans toutes les villes. Certaines maintiennent une visite systématique pour tous les enfants avec un taux de réalisation compris entre 90 % et 100 % (Antibes, Nantes et Paris). Strasbourg est un peu en deçà (82 %), toutefois, les élèves qui n'ont pas pu être examinés en grande section de maternelle sont systématiquement vus en cours préparatoire l'année suivante. Compte tenu de ce rattrapage, le taux d'enfants qui bénéficient d'un bilan de santé s'approche des 99 %.

Les visites sont réalisées par les médecins à 92 % à Paris, mais sont parfois limitées à des dépistages sensoriels. D'autres ciblent les visites sur les populations fragiles comme Bordeaux, Grenoble, Lyon et Villeurbanne avec des taux de réalisation compris entre 30 % et 50 % des effectifs de grande section de maternelle. En 2016, la ville de Grenoble a redéfini le périmètre d'intervention du SMSS. Les bilans de santé des médecins scolaires se concentrent désormais sur les élèves signalés par les infirmières ou les enseignants, ce qui explique la baisse sensible du taux de réalisation de la visite médicale entre 2013 et 2018. Cependant, tous les enfants dans leur 6^e année bénéficient d'un bilan infirmier comprenant notamment un dépistage sensoriel. Ce dépistage couvre 96 % des élèves.

Comme à l'éducation nationale, le taux de réalisation de la visite médicale se dégrade entre 2013-2014 (83,5 %) et 2018-2019 (72,8 %). Le recul est très net dans les villes de Bordeaux, Grenoble et Villeurbanne³⁷. Toutefois, seule la ville de Bordeaux présente un taux d'enfants non examinés par un professionnel de santé significativement élevé en 2018-2019 (48,2 %). Ce résultat exceptionnel s'explique par la faiblesse des effectifs médicaux disponibles

³⁷ La ville de Villeurbanne signale, s'agissant des bilan infirmiers de l'année 2018-2019 : « les bilans dans les écoles privées ont été décalées et se feront courant du dernier trimestre 2019. Les enfants seront vus exceptionnellement en CP. Cette organisation est liée à un manque de moyens humains conjoncturels (départ en retraite de 2 infirmières qui seront remplacées) ».

durant la période de réalisation des bilans en 2019³⁸. Il convient de noter pour la ville de Lyon que trois postes de médecin (2,4 ETP) étaient vacants durant l'année 2018-2019.

Un taux d'encadrement plus favorable

Si les villes délégataires sont plus efficaces que l'éducation nationale, elles bénéficient également de moyens humains plus conséquents. Le taux d'encadrement en médecins y est ainsi quatre fois plus favorable en 2018-2019 (soit le rapport constaté dans le taux de réalisation de la visite médicale) : 2 872 élèves par ETP de médecin, contre 12 572 élèves par ETP de médecin à l'éducation nationale.³⁹

Même en ne considérant que les élèves du 1^{er} degré public, le taux d'encadrement en médecins de l'éducation nationale demeure deux fois plus défavorable puisqu'il s'établit à 5 770 élèves par ETP en 2018-2019. L'écart demeure si l'on ne prend en compte que les effectifs d'élèves de grande section de maternelle concernés par la visite de la 6^e année. La moyenne des villes délégataires est de 393 élèves de GSM par médecin, tandis que la moyenne nationale est de 803 élèves de GSM par médecin scolaire⁴⁰ avec toutefois de fortes disparités départementales. Seule Villeurbanne se situe au-dessus de la moyenne des académies. Tout comme leurs homologues de l'éducation nationale, les médecins territoriaux des villes délégataires sont confrontés à une charge de travail croissante, liée pour certaines à l'augmentation des effectifs, et plus généralement à la hausse continue des examens à la demande pour l'examen des PAI, des PAP et des PPS. Le nombre croissant d'enfants en situation de précarité ou en situation de handicap est également souligné dans un contexte de pénurie de médecins.

Tableau n° 21 : évolution du nombre d'élèves par médecin (en ETP) dans les villes délégataires entre 2013 et 2018

Ville	2013	2018	Évolution
Antibes	2 204	2 302	4,4%
Bordeaux	4 602	4 594	-0,2%
Grenoble	1 895	3 814	101,3%
Lyon	3 397	3 688	8,6%
Nantes	3 343	3 281	-1,9%
Paris	2 364	2 276	-3,7%
Strasbourg	5 279	4 540	-14,0%
Villeurbanne	4 160	5 405	29,9%
Moyenne	2 768	2 872	3,7%

Source : Calcul Cour des comptes d'après données des villes délégataires et de la DEPP

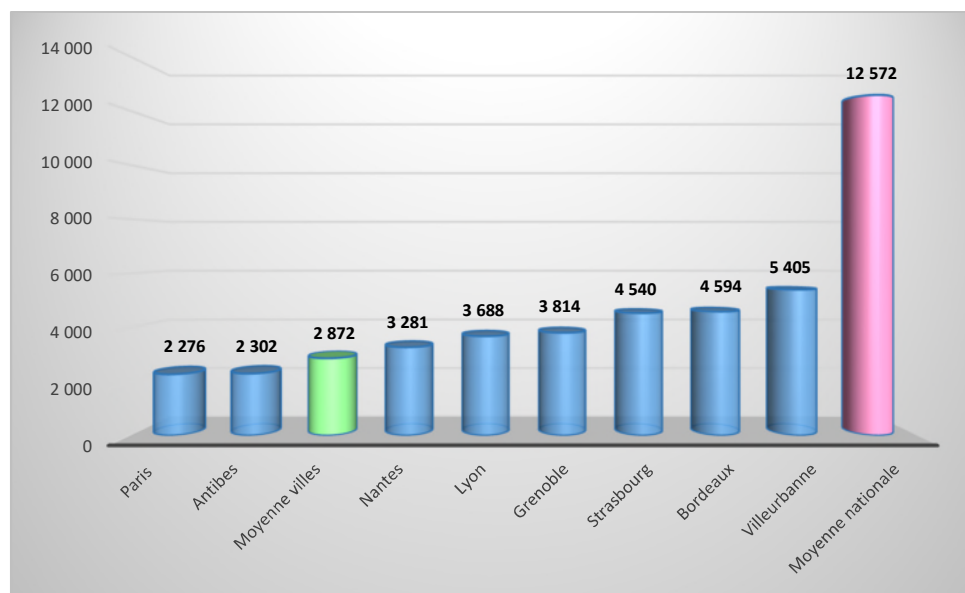
³⁸ À Bordeaux, les effectifs étaient de 4,5 ETP pour les médecins et de 5 ETP d'infirmiers entre février et juin 2019. Deux infirmières et un médecin ont depuis été recrutés pour renforcer les équipes. Par ailleurs, le SMSS avait accueilli trois nouveaux médecins à la rentrée 2018 qui avaient dû se former à la passation de ces bilans. En 2020, une nouvelle organisation du SMSS permettra la création d'un cinquième centre médico-scolaire pour renforcer le maillage territorial.

³⁹ Cette moyenne est calculée après déduction des visites réalisées par les villes afin d'éviter les doubles comptes

⁴⁰ La moyenne nationale est calculée hors vacataires afin d'effectuer une comparaison à périmètre constant, les villes délégataires n'employant pas de médecins vacataires.

Le taux d'encadrement s'est dégradé de 3,7 % en cinq ans puisque chaque médecin avait en moyenne à charge une centaine d'élèves en moins en 2013. Les effectifs d'élèves scolarisés dans le 1^{er} degré ont dans l'ensemble légèrement diminué de 1,8 % sur la période, tandis que les effectifs de médecins baissaient de -5,2 %. L'examen de chaque ville révèle que le taux d'encadrement s'est particulièrement dégradé à Grenoble (de 1 895 élèves par médecin en 2013 à 3 814 en 2018) sous l'effet conjugué d'une hausse des effectifs de 6,1 % et d'une diminution des effectifs de médecins de 7,4 ETP à 3,9 ETP⁴¹. Dans une moindre mesure, la situation s'est également dégradée à Lyon et à Villeurbanne en raison de l'augmentation des effectifs dans le 1^{er} degré. Villeurbanne a également souffert des difficultés de recrutement de médecins suite à des mutations qui ont laissé des postes non pourvus. À l'inverse, le taux d'encadrement s'est amélioré soit que la population scolarisée ait diminué (Paris), soit que la hausse des effectifs d'élèves ait été compensée par une hausse des effectifs de médecins (Nantes, Strasbourg).

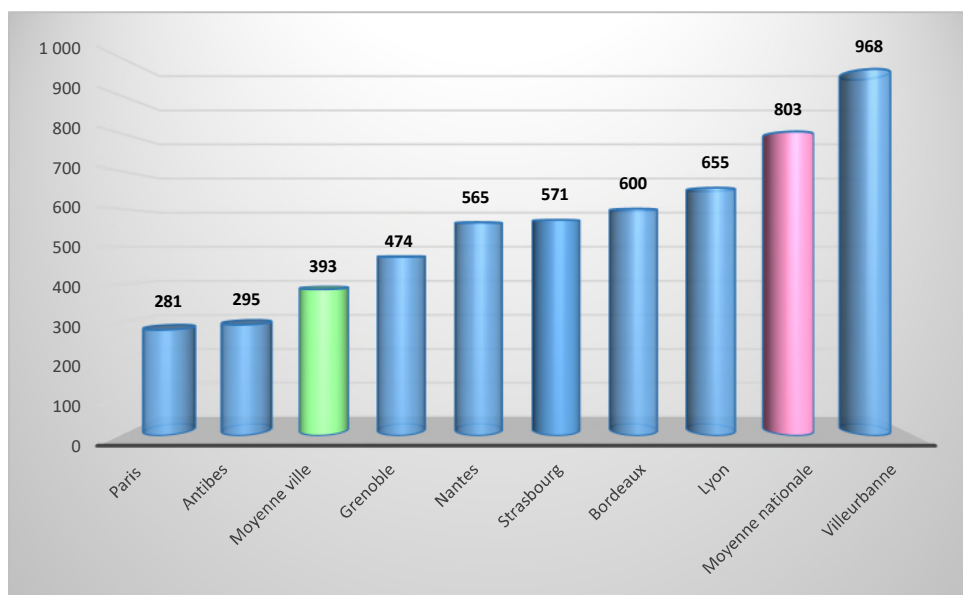
Graphique n° 5 : nombre moyen d'élèves du 1^{er} degré par médecin dans les villes délégataires du service de santé scolaire en 2018



Source : Calcul Cour des comptes d'après données des villes délégataires et de la DEPP

⁴¹ Il convient de noter que sur la même période le nombre de personnels infirmiers est passé de 4,3 ETP à 7,4 ETP. Le personnel médical est donc quasiment stable.

Graphique n° 6 : nombre moyen d'élèves de grande section de maternelle par médecin dans les villes délégataires du service de santé scolaire en 2018



Source : Calcul Cour des comptes d'après données des villes délégataires et de la DEPP

Les moyens humains consacrés par les villes délégataires à la médecine scolaire vont bien souvent au-delà des binômes médecins / infirmiers. Certaines d'entre elles disposent de véritables équipes pluridisciplinaires. Aucune n'emploie de médecins ou d'infirmiers vacataires (sauf à Vénissieux pour les campagnes de vaccination)⁴². En revanche, elles peuvent employer des spécialistes en vacation tels que des orthophonistes (Antibes, Strasbourg), des psychiatres (Paris), des allergologues (Vénissieux). La ville de Bordeaux recrutera en 2020 deux postes de médiateurs chargés de l'amélioration de l'accès aux soins des enfants et de leur famille. Comme les services de l'éducation nationale, certaines villes sont confrontées à des difficultés de recrutement de médecins (Grenoble, Paris, ou Villeurbanne) ou de spécialistes (infirmière spécialisée dans le champ bucco-dentaire à Grenoble par exemple). La ville de Lyon dispose d'une équipe ressource composée d'une diététicienne (0,5ETP) et une psychologue (0,5ETP).

⁴² Nantes emploie des médecins contractuels dit « temporaires ».

**Tableau n° 22 : effectifs des services municipaux de santé scolaire en 2018
(en ETP et hors vacataires)**

<i>Ville</i>	Médecins	Infirmiers	Assistants sociaux	Psychologues	Autres praticiens de santé (1)	Personnels administratifs (2)
<i>Antibes</i>	2,9	2,7	0,9	2		4
<i>Bordeaux</i>	5,5	7			2	6
<i>Clermont-Ferrand</i>		12,6				0,2
<i>Grenoble</i>	3,9	6,7	3,4		0,5	10,8
<i>Lyon</i>	7,4	43	22	0,5	0,5	1
<i>Nantes</i>	6,2	12,1	7,7		0,8	4,9
<i>Paris *</i>	57	4,7	7,7	20,6	31,1	73,5
<i>Rennes**</i>	4,2	4	1	3	1	1
<i>Strasbourg</i>	5,6	7,4				1
<i>Vénissieux</i>		8				2,5
<i>Villeurbanne</i>	2	10,2			1	0,25

Source : réponses des villes délégataires au questionnaire de la Cour

* Les effectifs de Paris incluent ceux du Centres d'Adaptation Psycho Pédagogique - CAPP⁴³ (66,4 ETP) et Paris Santé Réussite - PSR⁴⁴ (4,9 ETP) essentiellement composés de paramédicaux, psychologues et assistants sociaux.

** Les effectifs de Rennes incluent ceux des 17 crèches municipales soit 1,7 ETP médicaux et 0,8 ETP psychologues.

Une collaboration entre médecins et personnels infirmiers source d'efficacité

Les services municipaux de santé scolaire sont le plus souvent organisés par secteur comprenant plusieurs groupes scolaires ou écoles. Ils sont constitués de binômes médecins / infirmiers, voire de trinôme avec l'appui d'assistants de services sociaux comme à Nantes et à Lyon.

La collaboration entre médecins et personnels infirmiers est chose courante et s'exerce selon des modalités à géométrie variable. La visite de la 6^e année est souvent réalisée en binôme (Bordeaux, Antibes, Strasbourg, Nantes, Villeurbanne). Certaines communes réservent l'examen par un médecin aux élèves repérés préalablement par l'infirmière ou les enseignants selon le principe d'universalisme proportionné. C'est le cas à Grenoble où les élèves de grande section de maternelle bénéficient d'un dépistage infirmier systématique comportant un dépistage auditif et visuel, une mesure du poids et de la taille, une vérification de l'état buccodentaire, une vérification des vaccins et une synthèse avec l'enseignant concernant

⁴³ « Les centres d'adaptation psychopédagogiques sont des structures de prévention, d'aide et de soutien pour les enfants scolarisés dans les établissements parisiens. Ces centres, qui n'existent qu'à Paris ont des origines qui remontent à l'après-guerre. Ils sont placés sous la double tutelle de l'éducation Nationale et du département qui fournissent les moyens matériels (locaux...) et rémunèrent les personnels. » Rapport de l'Inspection Générale de la Ville de Paris. Mai 2004. Les CAPP sont des lieux de prévention, d'aide et de soutien pour accompagner et favoriser l'adaptation et l'inclusion scolaires des élèves de 3 à 10 ans qui ont difficultés scolaires teintées de problèmes psychologiques. Les équipes pluridisciplinaires des CAPP sont constituées de médecins, de pédopsychiatres, d'enseignants spécialisés, de psychologues, d'orthophonistes, de psychomotriciens et d'assistantes sociales... Il existe 10 CAPP situés principalement dans l'est parisien.

⁴⁴ Le réseau Paris santé réussite (PRS) est destiné aux élèves des arrondissements de l'est parisien présentant des troubles des apprentissages. L'équipe pluridisciplinaire de PSR est composée d'un médecin responsable, d'un pédopsychiatre, de deux orthophonistes, d'un neuropsychologue, d'un ergothérapeute et d'une secrétaire médicale.

l'adaptation de l'enfant en milieu scolaire et ses difficultés éventuelles d'apprentissage. Seuls les élèves identifiés comme présentant potentiellement une problématique de santé sont vus par un médecin scolaire pour un bilan de santé approfondi. De même à Lyon, les dépistages systématiques sont réalisés en première intention par les infirmiers pour tous les élèves, puis ceux qui sont repérés sont orientés vers le médecin pour une visite approfondie. La ville de Paris, qui dispose de peu d'infirmiers de santé scolaire actuellement va augmenter ses effectifs, afin de confier aux infirmières des actions de promotion de la santé sous la responsabilité d'un médecin. Elles seront déployées sur les dépistages afin de permettre aux médecins de se concentrer sur les examens à la demande.

À Villeurbanne, les infirmières assurent une partie du bilan (mensuration et calcul de l'indice de masse corporelle, dépistage sensoriel, bilan des troubles du langage, contrôle du carnet de vaccination) et les médecins scolaires, en fonction du résultat des premiers tests, effectuent un « bilan approfondi ». Pour les enfants pour lesquels aucune difficulté n'est avérée au stade du bilan, un retour est fait aux parents via le carnet de santé. En outre, les élèves dépistés lors du bilan ou signalés par l'enseignant, ou de façon systématique ceux qui sont scolarisés dans les écoles considérées comme les plus défavorisées, bénéficient d'un examen clinique en présence des parents. Les infirmières assurent l'accompagnement des familles lorsqu'elles sont orientées par le médecin vers un autre professionnel de santé spécialisé (orthophoniste, ophtalmologiste, pédopsychiatre, etc.) et contrôlent l'effectivité de ces orientations. Les enfants qui auraient échappé à la visite médicale en GSM sont convoqués en CP.

La collaboration médecin / infirmiers : l'exemple de Bordeaux

Hors REP : Les bilans standard (mensuration, dépistage dentaire, statut vaccinal, tests de la vision et de l'audition, langage en production, phonologie, motricité) sont réalisés par les infirmières seules à l'école pour les enfants pour lesquels aucun problème n'a été signalé lors du bilan des 3/4 ans ou par l'enseignant.

Le médecin voit sur une demi-journée, en binôme avec l'infirmière, tous les enfants pour lesquels un dépistage à surveiller a été indiqué lors du bilan des 3/4 ans ou qui ont été repérés par l'enseignant.

Le médecin revoit dans un second temps en consultation au CMS les enfants ayant un dépistage positif, avec les parents, pour un bilan approfondi du BSEDS⁴⁵ ou les oriente vers le médecin traitant avec un courrier.

En REP/REP+ : Les bilans standard sont réalisés en binôme médecin/infirmier. Le médecin revoit dans un second temps en consultation au CMS les enfants ayant un dépistage positif, avec les parents, pour un bilan approfondi du BSEDS ou les oriente vers le médecin traitant avec un courrier.

Un investissement par élève nettement supérieur à celui de l'État

Huit communes bénéficient d'une subvention de l'État en contrepartie des missions prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation qu'elles exercent par délégation. Le montant de la subvention ne repose sur aucun critère objectif et se trouve être de fait très variable d'une ville à l'autre. Les conventions qui lient l'éducation nationale aux villes de Grenoble et de

⁴⁵ Bilan de Santé Évaluation du Développement pour la Scolarité à 5/6 ans (BSEDS 5-6). Test développé initialement dans l'académie de Grenoble afin de dépister les retards ou troubles dans les domaines cognitifs impliqués dans l'apprentissage de la lecture.

Nantes ne prévoient aucun montant et se contentent d'indiquer que l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale, attribue la subvention déléguée annuellement par le ministère de l'éducation nationale pour l'exercice de la mission de santé scolaire de la ville. La convention de Strasbourg (2015) fixe le montant de la subvention à 130 000 € et prévoit une réactualisation annuelle en fonction des crédits délégués par le ministère. Celle de Bordeaux mentionne une revalorisation par voie d'avenant du montant de la subvention, fixé en 2017 à 101 330 €. La subvention versée à la ville de Paris est la plus élevée en valeur absolue, ce qui n'est pas surprenant compte tenu des effectifs d'élèves scolarisés dans la capitale, mais aussi en moyenne par élève. La subvention de Paris était historiquement basée sur les effectifs des médecins du service de santé scolaire⁴⁶. La base de calcul a été modifiée à l'occasion du renouvellement de la convention en 2016 pour prendre en compte les effectifs d'élèves. Le montant forfaitaire, initialement de 18 €, est désormais de 15,5 € par élève.

Tableau n° 23 : budget et subvention des villes délégataires du service de santé scolaire

	Budget total du SMSS en 2018 (1)	Coût moyen par élève pris en charge (2)	Subvention État par élève en 2018 (3)	Subvention État en 2018 (4)
<i>Bordeaux</i>	845 425	38,75	6,71	111 350
<i>Villeurbanne</i>	760 000	70	2,39	25 447
<i>Antibes</i>	959 806	144	1,68	8 610
<i>Grenoble</i>	1 464 101	98	5,88	65 060
<i>Lyon</i>	3 600 000	132	2,29	62 553
<i>Nantes</i>	2 136 404	105	4,2	85 335
<i>Paris (5)</i>	13 307 200	106	18	1 990 836
<i>Strasbourg (6)</i>	930 084	53	6,94	130 000
<i>Total des subventions versées en 2018 aux villes délégataires (7)</i>				2 479 191

Source : Calcul d'après réponses des villes au questionnaire de la Cour et MENJ (DGESCO)

(1) Il s'agit des dépenses constatées en 2018 (fonctionnement et masse salariale uniquement) déclarées par les villes.

(2) Il s'agit du coût moyen par élève scolarisé dans la ville dans le 1^{er} degré public, ou public et privé, de la petite section au CM2, ou de la GSM jusqu'au CM2, et du 2nd degré (Antibes uniquement), selon le périmètre d'intervention du SMSS.

(3) Il s'agit de la subvention moyenne par élève versée par l'Etat sur le périmètre concerné par la délégation, à savoir les effectifs, communiqués par les villes, du 1^{er} degré de la GSM au CM2 public, ou public et privé, selon le périmètre d'intervention du SMSS.

(4) Les villes peuvent par ailleurs bénéficier de financements spécifiques, notamment des ARS, pour la mise en œuvre d'actions de promotion à la santé, qui ne sont pas intégrées dans ce tableau. Celles qui interviennent dans le champ de la PMI par délégation du département reçoivent en contrepartie une subvention de celui-ci.

(5) Pour Paris, le montant des dépenses correspond au bureau de la santé scolaire et des CAPP (BSSC) de la sous-direction de la santé. La masse salariale du SMSS stricto sensu est d'environ 8,6 M€ sur un total de 12,8 M€. Si l'on ne considère que les dépenses du SMSS, le coût par élève chute à 73 euros.

(6) Le budget de la ville de Strasbourg inclut le coût de fonctionnement du centre de santé dentaire (417 389 € en 2018) dédié quasi-exclusivement aux écoliers de la ville. Le centre a généré 47 692 € de recettes en 2018.

(7) Source DGESCO

⁴⁶ La convention de 2013 fixait la subvention à 72 710 € par médecin.

La subvention versée par élève s'échelonne de 1,68 € pour Antibes Juan-les-Pins à 18 € pour Paris avec une moyenne en 2018 de 12,34 € pour les huit villes concernées. Les subventions versées sont loin de couvrir toutes les dépenses engagées par les villes puisque l'État ne couvre que les dépenses obligatoires : 15 % des dépenses, masse salariale comprise, selon la ville de Paris, seulement 4 % à Nantes selon les chiffres qu'elle communique⁴⁷. Hors villes délégataires, le coût moyen par élève pris en charge par l'État, en ce qui concerne la santé scolaire, était de 46 euros par élève (1^{er} et 2nd degré) en 2018⁴⁸. Selon les données communiquées par les villes, leur investissement financier dans le domaine de la santé scolaire est nettement supérieur à celui consenti par l'État. Il est trois fois supérieur à la moyenne nationale à Antibes Juan-les-Pins et Lyon et plus deux fois supérieur à Grenoble, Nantes et Paris. Seule la ville de Strasbourg est en dessous de la moyenne.

Plusieurs villes ont interpellé le ministre de l'éducation nationale afin que le montant de la subvention soit réévalué chaque année à partir des crédits votés en loi de finances sur le programme 230 « Vie de l'élève » de la mission « Enseignement scolaire » avec une prise en charge pour moitié du coût moyen constaté. Interrogé sur ce sujet au Sénat, le ministre de l'éducation nationale, tout en rappelant qu'il est délicat de comparer les dépenses des collectivités en la matière avec celles de l'État puisqu'elles n'agissent pas sur le même périmètre, s'est montré disposé à ce que des demandes de revalorisation déposées par les villes soient examinées par ses services⁴⁹.

L'abaissement de la scolarité obligatoire à 3 ans risque de relancer le débat entre les villes délégataires et le ministère de l'éducation sur le montant des subventions allouées.

Une collaboration à géométrie variable avec les services de l'éducation nationale

Les collaborations entre les services municipaux et les équipes pédagogiques sont nombreuses et fréquentes au niveau du terrain, notamment avec les membres des Rased. Les personnels médicaux des villes assurent un rôle de conseil auprès des IEN, des directeurs d'école et des équipes éducatives pour de nombreux sujets (handicap, troubles des apprentissages, protection de l'enfance, veille sanitaire) et participent fréquemment aux équipes éducatives et aux équipes de suivi de la scolarisation des écoles. Les personnels médicaux de la Ville d'Antibes collaborent également sur des programmes de formation à l'attention des enseignants en partenariat avec les services hospitaliers. Ainsi, une formation dont le thème était « améliorer le dépistage des enfants TDA/H » a été menée auprès de tous les enseignants

⁴⁷ La Cour ne dispose pas des éléments permettant de d'isoler au sein des les charges communiquées par les villes celles qui relèvent du périmètre de la PMI lorsqu'elles interviennent également sur ce champ par délégation du département. Dès lors, il n'est pas possible de calculer précisément la part des charges couvertes par la subvention de l'État pour ce qui relève de la délégation de l'éducation nationale proprement dite (de la grande section de maternelle au CM2). Ce calcul est toutefois possible pour les villes comme Nantes qui n'interviennent qu'à partir de la GSM. Compte-tenu des éléments de budget communiqués par la ville de Nantes, que la Cour n'est pas en mesure d'expertiser, le ratio de couverture de 4 % semble plausible. La subvention attribuée à la ville de Nantes a été fortement réévaluée en 2011 passant de 29 604 € à 85 335 €. Son montant n'a pas été revu depuis cette date.

⁴⁸ Ce chiffre a été calculé sur la base des crédits de paiements de l'action 02 « Santé scolaire » du programme 230 « Vie de l'élève » (source : RAP 2018), desquels a été déduit le montant total des subventions versées aux villes délégataires en 2018, au regard des effectifs des élèves du 1^{er} et 2nd degré public et privé à la rentrée 2018 (source : RERS 2019) desquels ont été déduits les effectifs des villes délégataires concernés par la délégation.

⁴⁹ Question orale n° 0254S de M. Gilbert-Luc Devinaz (Rhône - SOCR) publiée dans le JO Sénat du 01/03/2018 p. 896.

de la circonscription et a abouti à la création d'un groupe ressource de référents TDA/H avec des enseignants volontaires.

Les relations entre cadres de santé sont parfois plus occasionnelles. Elles ont souvent lieu en fin d'année lors de la passation des dossiers médicaux qui permet d'échanger sur les cas particuliers. Les données statistiques relatives aux visites de la 6^e année sont communiquées presque systématiquement aux services de l'éducation nationale sous forme manuelle via des tableurs. Les dossiers médicaux sont quant à eux transmis sous format papier à l'occasion de l'entrée de l'élève au collège. Si certaines villes comme Strasbourg disposent d'un dossier médical informatisé et partagé entre les différents professionnels de santé, l'incompatibilité du logiciel avec ceux utilisés par l'éducation nationale rend impossible toute transmission numérique. Des projets d'informatisation des dossiers médicaux sont à l'étude dans plusieurs villes (Bordeaux, Grenoble, Nantes, Villeurbanne) qui pourraient déployer le logiciel ESCULAPE de l'éducation nationale ou disposer d'un logiciel compatible comme le souhaite la ville de Paris⁵⁰.

Les élus ont des contacts réguliers avec les responsables académiques, recteur ou directeur des services départementaux, mais les questions de santé semblent rarement abordées sauf à l'occasion de la renégociation des conventions. La collaboration autour des questions de santé est parfois plus formalisée. Ainsi, le DASEN du Rhône est membre du comité de pilotage du contrat local de santé de Villeurbanne.

La coordination des actions entre les différents partenaires n'est pas toujours aboutie. Les conventions de Bordeaux et de Strasbourg prévoient une réunion annuelle entre les partenaires pour coordonner les missions du SMSS avec celles de la mission de la promotion de la santé en faveur des élèves de l'éducation nationale. La coordination des actions du SMSS avec celles de l'éducation nationale constitue dans certains cas un axe de travail du CLS afin de garantir la cohérence et l'efficacité des actions. Ainsi, le contrat local de santé de la ville de Grenoble comprend une fiche action visant à « formaliser les coopérations entre l'éducation Nationale et la Ville de Grenoble dans le cadre du parcours éducatif de santé »⁵¹. Le contrat local de santé de Villeurbanne⁵² s'inscrit dans le projet de l'académie de Lyon pour instaurer une démarche de partenariat entre le service de santé scolaire et la DSDEN du Rhône pour améliorer la scolarisation, l'inclusion et la réussite des publics fragilisés⁵³. Il s'agit de concevoir le parcours éducatif de santé de manière cohérente de la maternelle à la fin du collège.

⁵⁰ La ville de Paris prévoit, dans le respect du RGPD, de réaliser des transmissions d'informations entre le SI PMI et le SI santé scolaire afin d'assurer la continuité du suivi de l'enfant dans le cadre de son entrée à l'école. De la même manière, avec l'accord des familles, une transmission du dossier vers Esculape sera possible dans le second degré.

⁵¹ Axe stratégique 3 *Agir pour la santé des publics et situations qui demandent une attention particulière : enfants, jeunes, santé mentale, addictologie*. Fiches actions n° PS enfants 1 et 2. Contrat local de santé 2018-2023 p. 64 et suivantes.

⁵² Contrat local de santé 2017-2020. Fiche action n° 5 Promouvoir la santé dès les premiers âges de la vie et dans les écoles.

⁵³ « *La volonté de monsieur l'Inspecteur d'académie-directeur académique du Rhône est de renforcer les interventions des personnels du service social et du service de santé auprès des élèves du premier degré, notamment les élèves des milieux les plus défavorisés scolarisés dans les écoles REP et REP+* ». Contrat local de santé 2017-2020, p. 30.

Annexe n° 17 : données sur le bilan infirmier des élèves dans leur 12^e année

**Tableau n° 24 : taux de réalisation des bilans infirmiers de la 12^e année en 2018-2019 :
les 7 départements qui ont déclaré réaliser des visites dans les établissements privés
sous contrat**

Départements	Public	Privé	Public+Privé
Corrèze	ND	ND	87,7%
Côte-d'Or	98,5%	50,1%	90,0%
Creuse	ND	ND	98,2%
Haute-Vienne	ND	ND	88,6%
Nièvre	94,4%	100,0%	95,1%
Saône-et-Loire	85,1%	74,9%	83,8%
Yonne	91,6%	82,4%	89,9%

Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies et du MENJ (DEPP)

**Tableau n° 25 : nombre de départements par tranche de taux de réalisation du bilan
infirmier (2018-2019)**

Taux de réalisation	Nb de départements
Moins de 20 %	3
De 20 % à 40 %	5
De 40 % à 60 %	23
De 60 % à 80 %	47
Plus de 80 %	20
Total	98

Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies et de la DEPP

Tableau n° 26 : taux de réalisation par département du bilan de la 12^e année

Académie/Département	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différentié	Public+Privé	public	privé	Secteur non différentié	Public+Privé
Aix-Marseille	20,2%	0,0%		16,3%	57,6%	0,0%		46,3%
Alpes-de-Haute-Provence	55,0%	0,0%		50,8%	67,3%	0,0%		61,4%
Bouches-du-Rhône	16,0%	0,0%		12,7%	51,4%	0,0%		40,6%
Hautes-Alpes	10,9%	0,0%		10,1%	90,4%	0,0%		82,0%
Vaucluse	26,0%	0,0%		20,6%	68,1%	0,0%		54,3%
Amiens	82,4%	0,0%		69,4%	89,3%	0,0%		73,9%

<i>Académie/Département</i>	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différentié	Public+Privé	public	privé	Secteur non différentié	Public+Privé
<i>Aisne</i>	83,6%	0,0%		73,6%	87,5%	0,0%		76,0%
<i>Oise</i>	71,2%	0,0%		60,8%	84,1%	0,0%		69,9%
<i>Somme</i>	100,0%	0,0%		78,5%	100,0%	0,0%		78,1%
<i>Besançon</i>	92,3%	0,0%		78,5%	88,5%	0,0%		73,0%
<i>Doubs</i>	97,3%	0,0%		82,6%	90,8%	0,0%		74,2%
<i>Haute-Saône</i>	85,8%	0,0%		76,9%	69,7%	0,0%		59,7%
<i>Jura</i>	87,3%	0,0%		72,4%	97,7%	0,0%		78,5%
<i>Territoire de Belfort</i>	94,9%	0,0%		77,1%	96,6%	0,0%		80,8%
<i>Bordeaux</i>	83,1%	0,0%		68,5%	76,7%	0,0%		62,3%
<i>Dordogne</i>	93,2%	0,0%		82,4%	88,1%	0,0%		76,1%
<i>Gironde</i>	75,2%	0,0%		62,9%	62,6%	0,0%		52,3%
<i>Landes</i>	85,7%	0,0%		79,2%	86,0%	0,0%		77,0%
<i>Lot-et-Garonne</i>	86,6%	0,0%		73,2%	91,2%	0,0%		75,8%
<i>Pyrénées-Atlantiques</i>	93,9%	0,0%		65,2%	96,7%	0,0%		64,3%
<i>Caen</i>	92,0%	0,0%		71,6%	77,5%	0,0%		58,6%
<i>Calvados</i>	89,6%	0,0%		71,6%	66,3%	0,0%		51,1%
<i>Manche</i>	99,6%	0,0%		75,3%	96,6%	0,0%		70,9%
<i>Orne</i>	84,7%	0,0%		65,2%	74,9%	0,0%		56,3%
<i>Clermont-Ferrand</i>	87,8%	0,0%		71,0%	91,8%	0,0%		72,2%
<i>Allier</i>	73,7%	0,0%		67,1%	91,4%	0,0%		81,3%
<i>Cantal</i>	81,6%	0,0%		69,3%	72,6%	0,0%		61,7%
<i>Haute-Loire</i>	97,3%	0,0%		59,8%	97,4%	0,0%		56,3%
<i>Puy-de-Dôme</i>	94,5%	0,0%		77,9%	94,3%	0,0%		75,6%
<i>Corse</i>	30,5%	0,0%		28,7%	77,8%	0,0%		72,8%
<i>Corse-du-Sud</i>	8,2%	0,0%		7,8%	71,6%	0,0%		67,7%
<i>Haute-Corse</i>	50,9%	0,0%		47,9%	83,1%	0,0%		77,1%
<i>Créteil</i>	ND	0,0%		ND	74,2%	0,0%		64,3%
<i>Seine-et-Marne</i>	ND	0,0%		ND	72,4%	0,0%		63,6%
<i>Seine-Saint-Denis</i>	ND	0,0%		ND	74,7%	0,0%		64,9%
<i>Val-de-Marne</i>	ND	0,0%		ND	75,8%	0,0%		64,2%
<i>Dijon</i>	69,6%	ND		ND	91,9%	70,5%		88,6%
<i>Côte-d'Or</i>	76,2%	ND		ND	98,5%	50,1%		90,0%
<i>Nièvre</i>	64,5%	ND		ND	94,4%	100,0%		95,1%
<i>Saône-et-Loire</i>	81,2%	ND		ND	85,1%	74,9%		83,8%
<i>Yonne</i>	45,1%	ND		ND	91,6%	82,4%		89,9%

<i>Académie/Département</i>	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différencié	Public+Privé	public	privé	Secteur non différencié	Public+Privé
<i>Grenoble</i>	28,2%	0,0%		22,3%	82,5%	0,0%		64,5%
<i>Ardèche</i>	73,9%	0,0%		52,3%	97,0%	0,0%		67,2%
<i>Drôme</i>	39,9%	0,0%		30,3%	68,0%	0,0%		50,9%
<i>Haute-Savoie</i>	12,6%	0,0%		9,4%	98,4%	0,0%		72,8%
<i>Isère</i>	13,8%	0,0%		11,4%	71,2%	0,0%		58,4%
<i>Savoie</i>	54,6%	0,0%		47,3%	95,2%	0,0%		82,2%
<i>Guadeloupe</i>	58,6%	0,0%		53,0%	22,7%	0,0%		20,1%
<i>La Réunion</i>	70,6%	0,0%		64,7%	78,1%	0,0%		71,2%
<i>Lille</i>	97,1%	0,0%		70,7%	93,2%	0,0%		66,8%
<i>Nord</i>	96,2%	0,0%		65,8%	93,7%	0,0%		62,9%
<i>Pas-de-Calais</i>	98,3%	0,0%		79,6%	92,4%	0,0%		74,0%
<i>Limoges</i>	ND	ND	82,0%	82,0%	ND	ND	89,6%	89,6%
<i>Corrèze</i>	ND	ND	79,7%	79,7%	ND	ND	87,7%	87,7%
<i>Creuse</i>	ND	ND	85,8%	85,8%	ND	ND	98,2%	98,2%
<i>Haute-Vienne</i>	ND	ND	82,3%	82,3%	ND	ND	88,6%	88,6%
<i>Lyon</i>	68,3%	0,0%		48,8%	56,0%	0,0%		39,6%
<i>Ain</i>	67,2%	0,0%		55,3%	37,9%	0,0%		31,0%
<i>Loire</i>	76,6%	0,0%		54,4%	67,9%	0,0%		47,6%
<i>Rhône</i>	65,0%	0,0%		44,0%	59,3%	0,0%		39,5%
<i>Martinique</i>	83,3%	0,0%		75,0%	50,5%	0,0%		43,6%
<i>Montpellier</i>	88,3%	0,0%		73,8%	91,5%	0,0%		76,1%
<i>Aude</i>	94,5%	0,0%		85,7%	97,7%	0,0%		86,7%
<i>Gard</i>	93,9%	0,0%		76,3%	100,0%	0,0%		81,7%
<i>Hérault</i>	77,5%	0,0%		65,2%	78,9%	0,0%		66,0%
<i>Lozère</i>	96,3%	0,0%		65,8%	92,5%	0,0%		65,0%
<i>Pyrénées-Orientales</i>	99,1%	0,0%		82,0%	100,0%	0,0%		82,7%
<i>Nancy-Metz</i>	95,0%	0,0%		82,0%	65,2%	0,0%		56,0%
<i>Meurthe-et-Moselle</i>	93,9%	0,0%		80,0%	64,4%	0,0%		55,1%
<i>Meuse</i>	97,0%	0,0%		85,1%	11,0%	0,0%		9,7%
<i>Moselle</i>	94,9%	0,0%		81,6%	71,5%	0,0%		61,0%
<i>Vosges</i>	96,1%	0,0%		85,3%	76,5%	0,0%		66,6%
<i>Nantes</i>	83,8%	0,0%		49,2%	ND	0,0%		ND
<i>Loire-Atlantique</i>	82,2%	0,0%		48,8%	ND	0,0%		ND
<i>Maine-et-Loire</i>	66,4%	0,0%		36,3%	79,7%	0,0%		40,9%
<i>Mayenne</i>	94,8%	0,0%		56,5%	95,5%	0,0%		56,2%

<i>Académie/Département</i>	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différentié	Public+Privé	public	privé	Secteur non différentié	Public+Privé
<i>Sarthe</i>	95,2%	0,0%		74,4%	97,5%	0,0%		73,6%
<i>Vendée</i>	90,7%	0,0%		40,3%	75,1%	0,0%		34,7%
<i>Nice</i>	87,5%	0,0%		74,5%	91,6%	0,0%		77,5%
<i>Alpes-Maritimes</i>	80,1%	0,0%		67,3%	94,7%	0,0%		79,0%
<i>Var</i>	94,8%	0,0%		81,8%	88,5%	0,0%		76,0%
<i>Orléans-Tours</i>	77,9%	0,0%		67,0%	89,6%	0,0%		76,6%
<i>Cher</i>	78,4%	0,0%		71,3%	83,2%	0,0%		74,7%
<i>Eure-et-Loir</i>	89,7%	0,0%		75,7%	95,9%	0,0%		79,4%
<i>Indre</i>	78,5%	0,0%		70,3%	78,2%	0,0%		70,7%
<i>Indre-et-Loire</i>	89,7%	0,0%		74,6%	87,1%	0,0%		71,9%
<i>Loiret</i>	59,3%	0,0%		51,4%	92,3%	0,0%		80,5%
<i>Loir-et-Cher</i>	81,1%	0,0%		68,5%	92,1%	0,0%		76,9%
<i>Paris</i>	59,9%	0,0%		39,6%	91,3%	0,0%		59,2%
<i>Poitiers</i>	84,0%	0,0%		73,9%	96,5%	0,0%		70,3%
<i>Charente</i>	93,6%	0,0%		80,3%	98,7%	0,0%		83,5%
<i>Charente-Maritime</i>	75,2%	0,0%		66,4%	100,0%	0,0%		94,8%
<i>Deux-Sèvres</i>	100,0%	0,0%		93,0%	83,6%	0,0%		62,1%
<i>Vienne</i>	75,9%	0,0%		62,1%	100,0%	0,0%		86,0%
<i>Reims</i>	23,8%	0,0%		19,9%	67,7%	0,0%		54,9%
<i>Ardennes</i>	22,8%	0,0%		19,8%	85,1%	0,0%		72,4%
<i>Aube</i>	15,7%	0,0%		13,4%	24,1%	0,0%		19,8%
<i>Haute-Marne</i>	75,6%	0,0%		66,6%	91,9%	0,0%		80,1%
<i>Marne</i>	11,3%	0,0%		8,9%	75,9%	0,0%		58,3%
<i>Rennes</i>	77,4%	0,0%		44,8%	85,7%	0,0%		48,0%
<i>Côtes-d'Armor</i>	74,0%	0,0%		49,2%	88,7%	0,0%		57,9%
<i>Finistère</i>	89,2%	0,0%		52,4%	99,5%	0,0%		56,9%
<i>Ille-et-Vilaine</i>	61,1%	0,0%		35,8%	75,0%	0,0%		42,6%
<i>Morbihan</i>	93,3%	0,0%		45,2%	82,6%	0,0%		37,9%
<i>Rouen</i>	10,3%	0,0%		8,8%	54,5%	0,0%		45,6%
<i>Eure</i>	4,7%	0,0%		4,1%	51,8%	0,0%		45,4%
<i>Seine-Maritime</i>	13,5%	0,0%		11,3%	56,0%	0,0%		45,6%
<i>Strasbourg</i>	90,5%	0,0%		76,9%	76,1%	0,0%		64,4%
<i>Bas-Rhin</i>	91,4%	0,0%		80,1%	68,9%	0,0%		60,5%
<i>Haut-Rhin</i>	89,0%	0,0%		72,5%	87,5%	0,0%		70,1%
<i>Toulouse</i>	90,5%	0,0%		75,4%	71,4%	0,0%		59,0%

<i>Académie/Département</i>	2013-2014				2018-2019			
	Public	Privé	Secteur non différencié	Public+Privé	public	privé	Secteur non différencié	Public+Privé
<i>Ariège</i>	100,0%	0,0%		87,1%	91,0%	0,0%		79,6%
<i>Aveyron</i>	90,1%	0,0%		61,8%	67,4%	0,0%		44,2%
<i>Gers</i>	87,8%	0,0%		75,0%	92,0%	0,0%		75,0%
<i>Haute-Garonne</i>	85,3%	0,0%		73,6%	73,3%	0,0%		63,1%
<i>Hautes-Pyrénées</i>	91,8%	0,0%		75,6%	92,8%	0,0%		74,1%
<i>Lot</i>	98,5%	0,0%		88,0%	76,4%	0,0%		67,6%
<i>Tarn</i>	97,3%	0,0%		79,0%	84,4%	0,0%		67,7%
<i>Tarn-et-Garonne</i>	96,6%	0,0%		78,9%	7,4%	0,0%		6,0%
<i>Versailles</i>	59,1%	0,0%		50,8%	78,4%	0,0%		67,4%
<i>Essonne</i>	81,0%	0,0%		69,9%	98,8%	0,0%		84,8%
<i>Hauts-de-Seine</i>	53,7%	0,0%		40,0%	56,7%	0,0%		42,6%
<i>Val-d'Oise</i>	71,0%	0,0%		60,4%	87,1%	0,0%		74,3%
<i>Yvelines</i>	33,2%	0,0%		33,2%	69,9%	0,0%		69,9%
<i>Total général</i> ⁵⁴	70,7%	0,0%	82,0%	55,7%	78,4%	1,2%	89,6%	61,9%

ND : Non disponible

Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies et du MENJ (DEPP)

⁵⁴ La moyenne nationale est une moyenne pondérée en fonction des effectifs de chaque département.

Annexe n° 18 : données sur la visite médicale obligatoire pour travaux réglementés

**Tableau n° 27 : nombre de départements par tranche de nombre moyen de visites pour
travaux réglementés réalisées par médecin (vacataires compris) en 2018-2019**

<i>Nb de visites par médecin</i>	Départements⁵⁵
<i>Moins de 100 visites</i>	9
<i>De 100 à 200 visites</i>	41
<i>De 200 à 300 visites</i>	27
<i>De 300 à 400 visites</i>	12
<i>Plus de 400 visites</i>	9
<i>Total</i>	98

Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies

**Tableau n° 28 : taux de réalisation des visites pour travaux réglementés en 2018-2019 :
les 19 départements qui ont déclaré réaliser des visites dans les établissements
privés sous contrat**

Département	Public	Privé	Public + Privé
<i>Allier</i>	47,1%	34,1%	45,4%
<i>Aveyron</i>	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Corrèze</i>	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Côte-d'Or</i>	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Finistère</i>	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Haute-Garonne</i>	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Ille-et-Vilaine</i>	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Maine-et-Loire</i>	99,0%	99,0%	99,0%
<i>Morbihan</i>	97,4%	79,7%	91,8%
<i>Nièvre</i>	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Nord</i>	96,0%	32,5%	81,1%
<i>Pas-de-Calais</i>	95,1%	73,8%	94,7%
<i>Saône-et-Loire</i>	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Sarthe</i>	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Savoie</i>	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Seine-et-Marne</i>	84,4%	100,0%	84,4%
<i>Tarn</i>	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Vendée</i>	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Yonne</i>	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies

⁵⁵ Absence de données du Cantal et de Mayotte. L'Indre n'a plus de médecin scolaire.

Dans le secteur public, les visites pour travaux réglementés sont faites en totalité dans 60 départements.

Tableau n° 29 : nombre de départements par tranche de taux de réalisation des visites pour travaux réglementés en 2018-2019 dans le secteur public

<i>Taux de réalisation</i>	Nb de départements
<i>Moins de 50 %</i>	9
<i>De 50 % à 60 %</i>	2
<i>De 60 % à 70 %</i>	4
<i>De 70 % à 80 %</i>	2
<i>De 80 % à 90 %</i>	5
<i>De 90 % à 100 %</i>	64
<i>Total</i>	86

Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies

Tableau n° 30 : taux de réalisation des visites pour travaux réglementés dans le secteur public en 2018-2019 : les 9 départements pour lesquels le taux est inférieur à 50 %

<i>Départements</i>	Taux de réalisation
<i>Lozère</i>	0,0%
<i>Aude</i>	24,1%
<i>Martinique</i>	31,0%
<i>Hérault</i>	31,1%
<i>Pyrénées-Orientales</i>	36,6%
<i>Seine-Saint-Denis</i>	39,4%
<i>Gard</i>	44,3%
<i>Var</i>	46,9%
<i>Allier</i>	47,1%

Source : Calcul Cour des comptes d'après données des académies

**Annexe n° 19 : résumé et orientations du rapport demandé
par le Président de l'Assemblée nationale pour le comité d'évaluation
et de contrôle des politiques publiques, Contribution à l'évaluation
de la médecine scolaire (2011)**

Résumé

Le présent rapport examine successivement les objectifs, les moyens, l'organisation et les résultats de la médecine scolaire.

Les activités des professionnels de la médecine scolaire n'ont cessé de se multiplier au fil des ans. Il est, en effet, demandé aux médecins et aux infirmiers de l'éducation nationale d'assurer, à la fois, un suivi médical obligatoire de l'ensemble des élèves, de diffuser auprès d'eux une éducation à la santé, mais également d'aider ceux qui, au cours de leur parcours scolaire, sont confrontés à des problèmes de santé ou des situations de handicap. Cette multiplication des tâches s'est opérée sans que des priorités n'aient été réellement définies, ni au niveau national, ni celui des services déconcentrés de l'éducation nationale. Aussi, une clarification des missions de la médecine scolaire et une remise en cohérence de leurs activités sont-elles unanimement demandées par les agents rencontrés en cours d'enquête.

La mise en œuvre des objectifs assignés à la médecine scolaire bute sur la question centrale de la gestion des ressources humaines. Alors qu'ils sont jugés passionnants par les professionnels rencontrés par la Cour, les métiers de la médecine scolaire ne sont pas attractifs, comme en témoigne, en particulier, le rendement très médiocre du concours de recrutement de médecins de l'éducation nationale. En outre, les méthodes de répartition des moyens ne permettent pas, faute de priorités claires et surtout de réelle prise en compte des besoins des publics scolaires, de réduire les fortes inégalités territoriales en matière d'accès de tous les élèves à la médecine scolaire. Enfin, l'avenir des métiers de la médecine scolaire est très préoccupant, au regard des prévisions de départs massifs à la retraite au cours de la prochaine décennie.

Le directeur général de l'enseignement scolaire, responsable du programme budgétaire n° 230 « Vie de l'élève » dont relève la médecine scolaire, a fait observer à la Cour que cette dernière ne se situe pas dans le cœur de métier » de sa direction. Aussi, le réseau des acteurs de la médecine scolaire n'est-il pas suffisamment animé. Le ministère de l'éducation nationale et celui de la santé ont, en outre, des points de vue divergents sur le rôle de la médecine scolaire en matière de santé publique. Face à l'absence de coordination claire entre les acteurs de terrain de la médecine scolaire et les autres intervenants de la santé des enfants et des jeunes, le rôle des agences régionales de santé qui ont pourtant vocation à coordonner les différentes politiques médicales aux échelons régionaux, reste encore incertain.

Enfin, les activités de la médecine scolaire sont mal connues et encore moins évaluées. Les statistiques recueillies en la matière ne sont pas fiables et n'aboutissent qu'à une vision très lacunaire des multiples activités des professionnels de la médecine scolaire qui estiment, à juste titre, ne pas être suffisamment reconnus dans leur engagement quotidien en faveur des élèves et de leur réussite scolaire. Faute de démarches d'évaluation, l'impact des actions d'éducation à la santé sur le comportement des jeunes n'est pas non plus mesuré, ce qui empêche de cibler les démarches les plus pertinentes et les plus efficaces. Enfin, force est de constater que les rares données disponibles font apparaître une dégradation des résultats obtenus au cours de la période

récente. Ainsi, s'agissant des visites médicales obligatoires, seuls 65% des enfants âgés de six ans en bénéficient aujourd'hui.

En définitive, ces constats qui démontrent un écart profond entre les objectifs ambitieux de la médecine scolaire et la réalité de ses résultats, conduisent la Cour à examiner, sous la forme d'orientations, les moyens qui permettraient de valoriser et d'animer le réseau des acteurs de la médecine scolaire et de le faire fonctionner, à la fois, de façon plus efficiente et plus efficace.

Orientations

La Cour a identifié sept orientations qui appellent des décisions de la part des pouvoirs publics pour que la médecine scolaire devienne une politique publique à part entière :

1. Déterminer des objectifs assortis d'indicateurs précis qui devront recouvrir les principaux aspects de la médecine scolaire et traduire la hiérarchie des priorités à mettre en œuvre ;
2. Mettre en œuvre la répartition des moyens de la médecine scolaire à partir d'une analyse des besoins prioritaires des jeunes ;
3. Donner plus de visibilité et de consistance au pilotage de la médecine scolaire ;
4. Mettre en place à l'échelon territorial des moyens informatiques et de communication permettant de consolider les données relatives aux activités et de développer la transmission des bonnes pratiques ;
5. Inciter les agences régionales de santé à mettre en place des échanges d'informations entre l'ensemble des professionnels de santé, en vue d'un suivi plus efficace des élèves ;
6. Améliorer l'attractivité des métiers de la médecine scolaire par une mise à niveau statutaire et une reconnaissance des compétences professionnelles des médecins et des infirmiers de l'éducation nationale ;
7. Développer des outils permettant de mesurer l'impact de la médecine scolaire sur les élèves dans son double rôle de suivi médical et d'éducation à la santé, tant au niveau national que local.

Annexe n° 20 : la rémunération des médecins

Tableau n° 31 : la revalorisation de la grille indiciaire des médecins de l'éducation nationale

Échelons	Indices bruts			
	au 1 ^{er} janvier 1992	au 1 ^{er} août 2012	au 1 ^{er} janvier 2017	au 1 ^{er} janvier 2019
<i>Médecin de l'éducation nationale hors classe</i>				
5 ^e			HEB	HEB
4 ^e			HEA	HEA
3 ^e			1021	1027
2 ^e			971	978
1 ^{er}			906	913
<i>Médecin de l'éducation nationale de 1^{ère} classe</i>				
6 ^e		HEA	HEA	HEA
5 ^e	1015	1015	1021	1027
4 ^e	966	966	971	978
3 ^e	901	901	906	913
2 ^e	830	852	857	863
1 ^{er}	750	801	807	814
<i>Médecin de l'éducation nationale de 2^{ème} classe</i>				
11 ^e	852			
10 ^e	821			
9 ^e	772	966	971	978
8 ^e	750	901	906	913
7 ^e	701	852	857	863
6 ^e	655	801	807	814
5 ^e	612	750	755	762
4 ^e	562	701	706	713
3 ^e	513	655	659	665
2 ^e	480	588	593	600
1 ^{er}	427	528	535	542

Décret n° 2012-900 du 20 juillet 2012 modifiant le décret n° 2009-1303 du 26 octobre 2009 fixant l'échelonnement indiciaire applicable à certains corps relevant du ministère chargé de l'éducation nationale

Décret n° 2017-1737 du 21 décembre 2017 modifiant le décret n° 2009-1303 du 26 octobre 2009 fixant l'échelonnement indiciaire applicable à certains corps et emplois relevant du ministère chargé de l'éducation nationale

Arrêté du 3 janvier 1992 fixant l'échelon indiciaire applicable au corps des médecins de l'éducation nationale

Tableau n° 32 : comparaison des grilles indiciaires des médecins

		Indice Brut premier échelon	Indice Brut dernier échelon
<i>1^{er} grade</i>	Médecin éducation nationale 2 ^e classe	542	978
	Médecin territorial 2 ^e classe	542	977
	Médecin inspecteur de santé publique	542	977
<i>2^e grade</i>	Médecin éducation nationale 1 ^{ère} classe	814	HEA
	Médecin territorial 1 ^{ère} classe	813	HEA
	Médecin inspecteur en chef de santé publique	762	HEB
<i>3^e grade</i>	Médecin éducation nationale hors classe	913	HEB
	Médecin territorial hors classe	912	HEB bis
	Médecin général de santé publique	HEA	HEC
	MEN-CT Groupe III	853	HEA
	MEN-CT Groupe II	912	HEB
	MEN-CT Groupe I	HEA	HEB bis

Tableau n° 33 : plafonds et montants minimaux annuels de l'indemnité de fonctions, de sujétions et d'expertise (IFSE) et du complément indemnitaire annuel (CIA) des médecins de l'éducation nationale et des médecins de l'éducation nationale – conseiller technique (en euros)

	Groupes de fonctions	Plafond IFSE (1)	Minimum IFSE (2)	Plafond CIA (1)
<i>MEN</i>	Groupe 1	16 500	5 600	3 000
	Groupe 2	16 000	5 300	2 800
<i>MEN-CT</i>	Groupe 1	22 300	8 500	3 900
	Groupe 2	21 000	8 000	3 700
	Groupe 3	19 000	7 500	3 300
	Groupe 4	17 000	6 500	3 000

(1) Plafond réglementaire fixé par l'arrêté du 26 novembre 2015

(2) Minimum ministériel fixé par la circulaire du 13 janvier 2016

Les groupes 1 et 2 de la cartographie du RIFSEEP comprennent les emplois classés en groupe I et II par le décret du 27 novembre 1991 et l'arrêté du 3 septembre 2012. Le groupe 3 comprend les emplois de médecins scolaires conseillers techniques (MEN-CT) départementaux non classés dans le groupe 2. Le groupe 4 comprend les emplois de CT adjoints et CT chargés de mission académiques. La circulaire du 13 janvier 2016 a fixé des montants minima d'IFSE supérieurs aux montants réglementaires fixés par l'arrêté du 11 novembre 2015 qui était de 2 500 euros pour les médecins de 2^{ème} classe, de 2 900 pour les médecins de 1^{ère} classe et de 3 000 pour les conseillers techniques.

Si l'on s'en tient aux montants maximums susceptibles d'être versés aux bénéficiaires, le régime des MISP et des MT apparaît plus favorable⁵⁶.

Tableau n° 34 : plafonds annuels afférents aux groupes de fonctions des médecins inspecteurs de santé publique (en euros)

<i>Groupes de fonctions</i>	Plafond IFSE⁵⁷	Plafond CIA
<i>Groupe 1</i>	43 180	7 620
<i>Groupe 2</i>	38 250	6 750
<i>Groupe 3</i>	29 495	5 205

Tableau n° 35 : montants minimaux annuels de l'indemnité de fonctions, de sujétions et d'expertise des médecins inspecteurs de santé publique (en euros)

<i>Grades et emplois</i>	Montant minimum d'IFSE⁵⁸
<i>Médecin général de santé publique</i>	4 100
<i>Médecin en chef de santé publique</i>	4 100
<i>Médecin de santé publique</i>	4 000

Rémunération mensuelle moyenne des médecins de l'éducation nationale en 2018 par grade (programmes 214 et 230) ⁵⁹

Selon les chiffres communiqués par le Ministère de l'éducation nationale, la rémunération mensuelle par ETP de médecin de l'éducation nationale, tous grades confondus, était de 4 117 € nets en moyenne en incluant la rémunération des contractuels et de 4 353 € nets en moyenne pour les seuls personnels titulaires. Cette rémunération comprend le traitement indiciaire et les différentes primes et indemnités (essentiellement l'indemnité de fonction, de sujétions et d'expertise et le complément indemnitaire annuel⁶⁰) perçues par les bénéficiaires).

⁵⁶ Le corps des MISP a adhéré au RIFSEEP à compter du 1^{er} juillet 2017 (arrêté du 13 juillet 2018). Depuis cette date, les collectivités territoriales ont la possibilité d'appliquer, par équivalence, aux MT le RIFSEEP des MISP (corps équivalent du cadre d'emploi des MT : décret 91-875 du 6 septembre 1991).

⁵⁷ Arrêté du 13 juillet 2018 portant application au corps des médecins inspecteurs de santé publique des dispositions du décret n° 2014-513 du 20 mai 2014 portant création d'un régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel dans la fonction publique de l'État.

⁵⁸ Idem.

⁵⁹ Cette moyenne pondérée par ETP tous grades confondus comprend le traitement indiciaire et les différentes primes et indemnités, mais exclut les prestations familiales.

⁶⁰ Les deux primes incluses dans le RIFSEEP (cf. *infra*).

Tableau n° 36 : la rémunération moyenne des médecins de l'éducation nationale en 2018

	Salaire brut			Salaire net	Effectifs (ETPT moyen annuel 2018)
	Traitement indiciaire	Primes et indemnités	Total salaire brut		
<i>Médecin 2^{ème} classe</i>	3 548	1 006	4 554	3 901	390
<i>Médecin 1^{ère} classe</i>	4 236	1 013	5 249	4 457	404
<i>Médecin hors classe</i>	5 314	1 181	6 495	5 503	64
<i>Moyenne pondérée médecin</i>	4 003	1 022	5 025	4 282	858
<i>Médecin-CT Groupe III</i>	4 188	1 060	5 249	4 489	49
<i>Médecin-CT Groupe II</i>	5 021	1 286	6 307	5 403	41
<i>Médecin-CT Groupe I</i>	4 832	1 449	6 282	5 383	11
<i>Moyenne pondérée médecin CT</i>	4 595	1 194	5 789	4 956	101
<i>Contractuels</i>	4 203	403	4 606	2 959	196
<i>Moyenne pondérée (titulaires)</i>	4 066	1 040	5 106	4 353	959

Source : Cour des comptes d'après données du MENJ

Une rémunération moyenne comparable à celle constatée dans certaines villes délégataires

Le coût annuel chargé moyen par ETP de médecin de l'éducation nationale (y/c CAS pension et hors prestations familiales) constaté en 2018 était de **91 265 €** selon les chiffres communiqués par la DAF. Ce montant est supérieur à celui constaté dans certaines villes délégataires du service de santé scolaire.

Tableau n° 37 : rémunération moyenne des médecins dans les villes délégataires

Villes	Salaire annuel moyen brut chargé
<i>Strasbourg</i>	72 252
<i>Grenoble</i>	75 298
Moyenne MEN	91 265
<i>Antibes</i>	92 450
<i>Nantes</i>	93 600
<i>Paris</i>	97 419

Source : réponses des villes délégataires au questionnaire de la Cour. Toutes n'ont pas communiqué un coût chargé

Annexe n° 21 : organisation des services et évaluation des personnels

Organisation du service des assistants de service social

Les assistants de service social (ASS), affectés dans les départements, sont pilotés par des conseillers techniques de service social au niveau des bassins, de la DSDEN, du rectorat et au niveau national. Ils travaillent essentiellement pour le second degré public, ce qui ne permet pas d'assurer aux élèves un suivi social précoce et continu sur leur parcours scolaire.

Les ASS de l'éducation nationale font partie du corps interministériel relevant du ministre chargé des affaires sociales des assistants de service social des administrations de l'État créé en 2012⁶¹, de catégorie A depuis le 1^{er} février 2019⁶². Ils relevaient auparavant de la catégorie B. La circulaire n° 2017-055 du 22 mars 2017 décrit l'organisation et les missions du service social en faveur des élèves. La politique d'action sociale relève de la responsabilité du DGESCO, des recteurs d'académie et des IA-Dasen. L'organisation du service social prend appui sur les conseillers techniques de service social (CTSS), qui font partie du corps interministériel des conseillers techniques de service social des administrations de l'État de catégorie A⁶³, exerçant leurs missions aux différents niveaux du système éducatif : national, académique, départemental, bassin de formation ou d'éducation. Les ASS sont placés sous l'autorité hiérarchique de l'IA-Dasen, assisté du CTSS départemental.

Les missions des ASS visent à contribuer à la prévention de l'échec scolaire, de l'absentéisme et du décrochage, à la protection de l'enfance et des mineurs en danger, à l'amélioration du climat scolaire en participant à la prévention des violences et du harcèlement sous toutes leurs formes, en soutenant les élèves (victimes comme auteurs), à l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap ou à besoins particuliers, participer à l'orientation et au suivi des élèves devant bénéficier d'une orientation spécifique, soutenir et accompagner les parents dans leur fonction éducative, mettre en place des actions de soutien à la parentalité dans le cadre de la scolarité et concourir au renforcement de la coopération entre l'école et les parents, et participer à la formation initiale et continue des travailleurs sociaux, en lien avec les établissements de formation.

L'article L. 541-1 du code de l'éducation précise en outre que le suivi sanitaire des élèves après les bilans de santé obligatoires est exercé avec le concours d'un ASS uniquement dans le second degré.

Le travail des ASS s'inscrit dans le cadre d'un accompagnement social individualisé (en tant que de besoin, ils peuvent se rendre au domicile des élèves), d'un conseil social et une intervention sociale auprès des chefs d'établissements et des équipes enseignantes et éducatives des EPLE (ils participent notamment aux instances comme les cellules de veille, commissions éducatives, groupes de prévention du décrochage scolaire et concourent à l'activation des aides financières) ou de REP+, de la conduite de projets d'actions collectives dans le cadre des CESC

⁶¹ Décret n° 2012-1098 du 28 septembre 2012 portant statut particulier du corps interministériel des assistants de service social des administrations de l'État.

⁶² Décret n° 2017-1051 du 10 mai 2017 portant statut particulier du corps interministériel des assistants de service social des administrations de l'État entré en vigueur le 1^{er} février 2019.

⁶³ Décret n° 2017-1052 du 10 mai 2017 entré en vigueur le 1^{er} février 2019, portant statut particulier du corps interministériel des conseillers techniques de service social des administrations de l'État créé en 2012 par le décret n° 2012-1099 du 28 septembre 2012.

(ils participent en outre, avec les personnels de santé, à la mise en place de cellules d'écoute en cas d'événements traumatiques), de la mobilisation du réseau partenarial (liaisons avec les services de l'État, des collectivités territoriales, les associations du champ social, éducatif ou scolaire) et de la formation d'étudiants en service social.

Le CTSS départemental élabore et met en œuvre dans le département la politique d'action sociale en faveur des élèves en concertation avec le CTSS auprès du recteur d'académie. Il est le conseiller technique de l'IA-Dasen dans le domaine de l'action sociale et le représente auprès des différents partenaires. Il doit évaluer le travail des ASS et CTSS de bassin au cours d'un entretien individuel annuel⁶⁴ et rendre compte de l'activité du service à l'IA-Dasen, notamment par la rédaction d'un rapport annuel d'activité devant être transmis au recteur d'académie et au CTSS rectoral.

Le CTSS rectoral a pour mission le conseil, l'expertise et la mise en œuvre de la politique académique d'action sociale et pilote le dispositif académique de formation continue des ASS. Il doit présenter, en fin d'année scolaire, le rapport d'activité du service social en faveur des élèves en prenant appui sur les rapports départementaux et rendre compte des activités conduites et des statistiques académiques à la DGESCO.

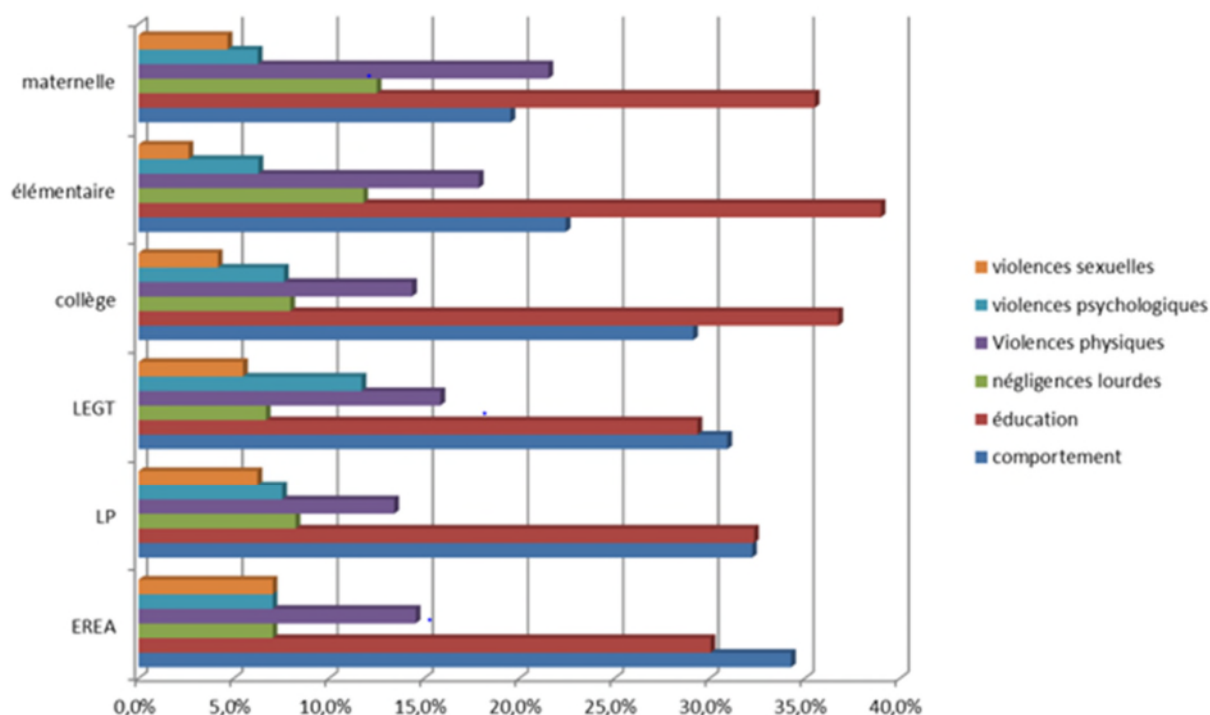
Protection de l'enfance :

Les personnels de l'éducation nationale ont une obligation de transmission des informations pouvant laisser craindre une difficulté ou une situation de danger d'un enfant. Une « information préoccupante » (IP) doit être transmise au conseil départemental en cas de repérage d'une situation de difficulté, celui-ci étant chargé ensuite d'évaluer et de la traiter dans le cadre du service d'aide sociale à l'enfance. En cas de danger grave et immédiat, un « signalement » doit être adressé directement au procureur, une copie étant également envoyée au conseil départemental. Les ASS peuvent être alertés par des enseignants ou des personnels d'éducation ou par le conseil départemental⁶⁵. Ils suivent le traitement des dossiers et peuvent participer à leur évaluation.

Le dernier bilan disponible sur cette question au ministère comptabilise les motifs des IP transmises en 2015-2016 mais n'étudie pas la répartition du nombre d'IP selon les niveaux.

⁶⁴ Décret n° 2010-888 du 28 juillet 2010 relatif aux conditions générales de l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires de l'État ; circulaire DGRH n° 2013-080 du 26-4-2013.

⁶⁵ Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. Article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles : « *Le président du conseil départemental est chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation, à tout moment et quelle qu'en soit l'origine, des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être. Le représentant de l'État et l'autorité judiciaire lui apportent leur concours. Des protocoles sont établis à cette fin entre le président du conseil départemental, le représentant de l'État dans le département, les partenaires institutionnels concernés et l'autorité judiciaire en vue de centraliser le recueil des informations préoccupantes au sein d'une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation de ces informations.* ». Article L. 226-4 « *Toute personne travaillant au sein des organismes mentionnés à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 226-3 qui avise directement, du fait de la gravité de la situation, le procureur de la République de la situation d'un mineur en danger adresse une copie de cette transmission au président du conseil départemental* ».

Graphique n° 7 : motifs des informations préoccupantes par niveau en 2015-2016

Source : MENJ – DGESCO. Exemple de lecture : Les problèmes comportementaux sont à l'origine de près de 30% des motifs d'IP au collège en 2015-2016.

Organisation du travail des médecins scolaires

Au niveau national, à la DGESCO, comme dans chaque rectorat et DSDEN, un médecin conseiller technique participe au pilotage de l'activité des médecins scolaires.

Les médecins conseillers techniques départementaux animent et pilotent le réseau des médecins scolaires, les évaluent et les réunissent de façon régulière.

Organisation du travail des infirmiers

Les infirmiers de l'éducation nationale, appartenant à un corps revalorisé en 2012⁶⁶, passant alors de la catégorie B à la catégorie A, sont affectés dans les EPLE ou en postes inter-dégrés sous l'autorité des chefs d'établissement qui les évaluent. La chaîne fonctionnelle constituée des conseillers techniques infirmiers de la DGESCO, des rectorats et des DSDEN est distincte de la chaîne hiérarchique.

La circulaire n° 2015-119 du 10 novembre 2015 détaille les missions des personnels infirmiers de l'Éducation nationale (cf. I. I. B) et précise qu'ils doivent être affectés dans un EPLE ou sur un poste inter-dégrés (un collège et ses écoles de secteur), prioritairement dans les établissements possédant un internat, une section d'enseignement professionnel ou technologique, une SEGPA, une ULIS, dans les écoles et EPLE de chaque réseau d'éducation

⁶⁶ Décret n° 2012-762 du 9 mai 2012 portant dispositions statutaires communes aux corps d'infirmiers de catégorie A des administrations de l'État.

prioritaire, en particulier les REP+ et certaines zones rurales afin de faciliter l'accès aux soins, si nécessaire, pour les élèves et les faire bénéficier d'un suivi.

Les infirmiers, y compris sur les postes inter-degrés, sont affectés sous la responsabilité d'un chef d'établissement qui doit les évaluer à l'aide d'un entretien professionnel annuel⁶⁷.

Organisation du travail des PsyEN

Le corps des PsyEN a été créé en 2017⁶⁸. Les membres de ce nouveau corps sont recrutés soit dans la spécialité « éducation, développement et apprentissages » (EDA), pour le premier degré, soit dans la spécialité « éducation, développement et conseil en orientation scolaire et professionnelle » (EDO) pour le second degré.

On constate que la création du corps des PsyEN n'a pas entraîné une uniformisation des indemnités annuelles des deux spécialités (2 044,19 € dans le 1^{er} degré, 767,10 € dans le 2nd degré) ainsi que du temps de travail des PsyEN (cf. II. I. E), sans que cela ne soit justifié par le ministère.

Les PsyEN du 1^{er} degré exercent dans les écoles maternelles et élémentaires. Les PsyEN du 2nd degré exercent dans les centres d'information et d'orientation (CIO) où ils sont affectés ainsi que dans les établissements relevant du secteur du centre d'information et d'orientation. Du fait de cet éclatement de leurs lieux de travail, les PsyEN jouissent, comme les autres personnels étudiés dans le cadre de cette enquête, d'une grande autonomie dans l'organisation de leur travail.

L'arrêté du 26 avril 2017 définit un référentiel de connaissances et de compétences des PsyEN, comme c'est le cas pour les enseignants et les CPE. Il comprend des compétences et des connaissances communes aux deux spécialités et distingue les compétences spécifiques à l'exercice de chaque spécialité. L'évaluation des PsyEN⁶⁹ est réalisée à l'aide de trois rendez-vous de carrière aux 6^e, 8^e et 9^e échelon de la classe normale⁷⁰.

⁶⁷ Décret n° 2010-888 du 28 juillet 2010 relatif aux conditions générales de l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires de l'État ; circulaire DGRH n° 2013-080 du 26-4-2013.

⁶⁸ Avant 2017, des professeurs des écoles titulaires du diplôme d'État de psychologie scolaire ou de diplômes permettant de faire usage du titre de psychologue exerçaient les fonctions de psychologue scolaire dans le premier degré et des conseillers d'orientation-psychologues exerçaient dans le second degré. Le décret n° 2017-120 du 1^{er} février 2017 portant dispositions statutaires relatives aux psychologues de l'éducation nationale a unifié ces deux statuts en créant le corps de catégorie A des psychologues de l'éducation nationale (PsyEN).

⁶⁹ Décret n° 2017-120 du 1^{er} février 2017 portant dispositions statutaires relatives aux psychologues de l'éducation nationale.

⁷⁰ Le décret n° 2017-120 du 1^{er} février 2017 précise que les dispositions du décret n° 2010-888 du 28 juillet 2010 relatif aux conditions générales de l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires de l'État ne sont pas applicables aux psychologues de l'éducation nationale.

Les missions des PsyEN sont décrites par la circulaire n° 2017-079 du 28 avril 2017⁷¹.

Les PsyEN du premier degré exercent leurs fonctions dans le premier degré public, sous l'autorité de l'IA-Dasen, et sous la responsabilité de l'inspecteur de l'éducation nationale (IEN) de leur circonscription d'affectation. Membres des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased) avec les enseignants spécialisés chargés de l'aide à dominante pédagogique et les enseignants spécialisés chargés de l'aide à dominante rééducative, ils participent à l'analyse des difficultés et au suivi des élèves en lien avec les familles et les enseignants. Les modalités de travail des PsyEN évoluent et sont de plus en plus souvent orientées vers la classe, permettant une observation de l'élève en situation de travail au milieu des autres élèves et une meilleure collaboration avec l'enseignant. Le psychologue scolaire peut conseiller à la famille la consultation d'un service ou d'un spécialiste extérieur à l'école et contribuer, avec l'accord de celle-ci, à la recherche d'une réponse adaptée.

Les PsyEN du 1^{er} degré participent à l'élaboration et à la mise en œuvre des PAP et des PPS. Ils réalisent des bilans psychologiques nécessaires à l'orientation de certains élèves vers une ULIS ou en section d'enseignement général adapté (SEGPA) lors de leur passage en 6^e. Compte tenu de l'augmentation du nombre d'élèves bénéficiant d'un PAP ou d'un PPS, les PsyEN auditionnés ont insisté sur l'accroissement de leur charge de travail dans ce domaine⁷², ne leur permettant plus de consacrer du temps aux situations de mal-être des élèves à l'école, ou de participer à un travail collectif pour un climat scolaire serein.

Les PsyEN du 1^{er} degré sont membres des équipes pédagogiques des écoles de leur secteur, parfois un groupement d'écoles défini par l'IEN, parfois tout le territoire de la circonscription. Ils sont affectés administrativement dans l'une des écoles de leur périmètre d'intervention pour permettre la prise en charge des frais de fonctionnement et de déplacement liés à l'exercice de leur mission. Les modalités de fonctionnement du Rased sont arrêtées par l'IEN en concertation avec les personnels spécialisés et le conseil des maîtres des écoles concernées. Les Rased constituent l'une des composantes des pôles ressource de circonscription. L'enseignement privé sous contrat du premier degré n'est pas couvert par les PsyEN, mais il arrive que des bilans soient réalisés par eux à la demande dans le cadre d'un diagnostic pour la prise en charge d'élèves à besoins particuliers.

Les PsyEN du 2nd degré exercent leurs fonctions dans les centres d'information et d'orientation (CIO) où ils sont affectés et dans les EPLE relevant du secteur du CIO. Ils doivent contribuer au développement psychologique et à la socialisation des adolescents, à la réussite et à l'investissement scolaires des élèves et participer à l'élaboration progressive des projets d'orientation et de formation de ces derniers. Ils interviennent dans la lutte contre toutes les formes de ruptures scolaires et participent à l'information et au premier accueil, en particulier dans les CIO, de toute personne en recherche de solutions pour son orientation. Les

⁷¹ Ils doivent contribuer à la réussite scolaire de tous les élèves, à la lutte contre les effets des inégalités sociales et à l'accès des jeunes à une qualification en vue de leur insertion professionnelle. Ils doivent apporter un appui spécifique aux élèves ainsi qu'à leurs familles. Ils peuvent réaliser des entretiens ou des bilans psychologiques appropriés pour éclairer leur situation, élaborer et construire des modalités de suivi psychologique adaptées et contribuer à la conception de réponses pédagogiques en lien avec les enseignants. Ils doivent également contribuer à favoriser une approche bienveillante de l'école, à développer l'autonomie et la socialisation des élèves, ainsi qu'un environnement favorable au bien-être en milieu scolaire. Ils doivent en outre participer au soutien des élèves et des équipes pédagogiques et éducatives en situation de crise, particulièrement en cas d'impact sur la communauté scolaire comme par exemple lors du décès d'un de ses membres.

⁷² Confirmée par la lecture des bilans d'activité communiqués

établissements de l'enseignement privé sous contrat ne sont pas couverts par les PsyEN mais leurs élèves sont accueillis en tant que de besoin dans les CIO.

Dans les EPLE, ils doivent conseiller le chef d'établissement sur le volet orientation du projet d'établissement qui définit notamment leurs interventions auprès des élèves en lien avec les enseignants et les professeurs principaux. Les échanges avec les différents professionnels sociaux et de santé sont réguliers du fait de leur participation commune aux réunions de suivi des élèves (cellules de veille, commissions éducatives, groupes de prévention du décrochage scolaire). Les PsyEN peuvent en outre participer aux conseils de classe avec les enseignants.

Les PsyEN du 2nd degré sont évalués par le directeur du CIO où ils sont affectés et par l'IEN-IO.

Le pilotage académique des PsyEN et de la politique d'orientation est réalisé et au rectorat par le chef du service académique de l'information et de l'orientation (CSAIO). Cette chaîne hiérarchique est sans lien institutionnel avec les IEN et IEN-A, pilotant les PsyEN du 1^{er} degré.

Annexe n° 22 : les frais de déplacement des personnels

Tableau n° 38 : prévisions et consommations des crédits budgétaires dédiés aux frais de déplacement

		Action 2 Programme 230	Action 4 Programme 230	Action 8 Programme 141
		Médecins et infirmiers	Assistants service social	Psychologues 2nd degré
2018	LFI	2,4	1,4	1,5
	Consommés	2,1	1,7	1,8
2017	LFI	2,4	1,4	1,1
	Consommés	2,1	1,6	1,7
2016	LFI	2,4	1,4	1,1
	Consommés	2,2	1,5	1,5
2015	LFI	2,4	1,4	1,1
	Consommés	2,1	1,4	1,3
2014	LFI	2,4	1,5	1,1
	Consommés	2,5	1,5	1,3
2013	LFI	2,5	1,6	1,1
	Consommés	2,3	1,4	1,2

Source : RAP des programmes 230 et 141

Le ministère n'a pas été en mesure de communiquer les frais de déplacement des psychologues du 1^{er} degré

Annexe n° 23 : évolution des CMS depuis 2013

Le nombre de CMS a baissé depuis 2013 (974 en 2013-2014 et 850 en 2018-2019, soit - 13 %). L'évolution du nombre de CMS dans les différents départements est toutefois variable, certains d'entre eux comme la Guyane ou les Hauts-de-Seine ayant vu le nombre de CMS augmenter depuis 2013, à l'inverse d'autres plus nombreux comme la Dordogne ou la Creuse dont le nombre de CMS a baissé. 58 départements n'ont cependant pas connu d'évolution. Dans plusieurs départements, comme la Lozère ou Paris, il n'y a pas de CMS. Il n'y a pas de corrélation marquée entre la fermeture des CMS et la baisse des effectifs de médecins ou d'élèves. Ces décisions sont le fruit de politiques rectorales ou départementales diverses, sans cadrage national. La DGESCO ne suit pas l'évolution des CMS et n'a pas été en mesure de communiquer à la Cour le nombre de CMS en 2013-2014.

L'investissement des communes pour les locaux et l'achat de matériel est très inégal. Des communautés de communes ou de petites communes peuvent refuser la charge financière de CMS. Certains CMS ne sont pas accessibles aux porteurs de handicap, ce qui est un comble, d'autres sont mal entretenus, voire insalubres (humidité, moisissures), en particulier en zone rurale, ce qui ne favorise pas le recrutement de médecins. Il arrive qu'il n'y ait pas d'imprimante/scanner, pas d'accès internet ou que le matériel informatique soit obsolète, alors que la mise en place du nouveau logiciel médical ESCULAPE nécessite un matériel performant.

Les secrétaires médico-scolaires, qui dépendent des DSDEN, n'ont pas de statut spécifique de secrétariat ou d'assistant médical. Le nombre de secrétaires de CMS a baissé de 6 % depuis 2013. Là encore, les situations sont diverses : les effectifs ont diminué dans 40 départements et se sont maintenus dans un tiers des départements. Certains CMS n'ont pas de secrétariat. À l'inverse, en raison de la pénurie de médecins scolaires, certains CMS, en zone rurale en particulier, n'accueillent que des secrétaires. Certains DASEN envisagent de regrouper et réorganiser les secrétariats de CMS en dématérialisant certaines tâches afin d'augmenter leur efficacité. Certains regroupements ont toutefois été réalisés sans que l'organisation du travail ait été modifiée ou informatisée.

Plusieurs départements emploient une majorité de secrétaires de CMS contractuels, qui peuvent changer chaque année, ce qui contraint les médecins scolaires à consacrer du temps à leur formation. Le temps de travail des secrétaires contractuels peut en outre être de 35 h par semaine lorsque leurs contrats n'incluent pas les vacances scolaires, inférieur à celui des secrétaires titulaires⁷³, et les médecins doivent compléter leur travail.

⁷³ Qui est de 41 h 45 par semaine du fait de la répartition de leur travail essentiellement hors vacances scolaires.

Tableau n° 39 : évolution du nombre de CMS et de secrétaires par département

<i>Académie/Département</i>	Nombre de CMS			Secrétaires en ETP		
	2013-2014	2018-2019	Variation	2013-2014	2018-2019	Variation
Aix-Marseille	50	33	-34%	54,9	36,2	-34%
<i>Alpes-de-Haute-Provence</i>	3	3	0%	2,3	1,3	-43%
<i>Bouches-du-Rhône</i>	25	19	-24%	41,0	26,8	-35%
<i>Hautes-Alpes</i>	3	3	0%	3,1	2,6	-16%
<i>Vaucluse</i>	19	8	-58%	8,5	5,5	-35%
Amiens	29	30	3%	27,5	26,8	-3%
<i>Aisne</i>	11	12	9%	9,8	10,2	4%
<i>Oise</i>	11	11	0%	8,3	8,3	0%
<i>Somme</i>	7	7	0%	9,4	8,3	-12%
Besançon	15	15	0%	8,8	8,4	-5%
<i>Doubs</i>	3	3	0%	3,0	3,0	0%
<i>Haute-Saône</i>	5	5	0%	0,8	0,9	13%
<i>Jura</i>	4	4	0%	2,5	2,2	-12%
<i>Territoire de Belfort</i>	3	3	0%	2,5	2,3	-8%
Bordeaux	46	38	-17%	31,6	30,0	-5%
<i>Dordogne</i>	4	1	-75%	1,8	1,0	-44%
<i>Gironde</i>	22	21	-5%	14,0	14,0	0%
<i>Landes</i>	5	4	-20%	4,0	4,0	0%
<i>Lot-et-Garonne</i>	6	6	0%	4,0	4,0	0%
<i>Pyrénées-Atlantiques</i>	9	6	-33%	7,8	7,0	-10%
Caen	25	23	-8%	14,5	15,0	3%
<i>Calvados</i>	10	9	-10%	6,0	6,0	0%
<i>Manche</i>	9	8	-11%	6,0	6,0	0%
<i>Orne</i>	6	6	0%	2,5	3,0	20%
Clermont-Ferrand	19	17	-11%	15,0	14,9	-1%
<i>Allier</i>	6	4	-33%	4,0	4,0	0%
<i>Cantal</i>	3	3	0%	3,0	3,0	0%
<i>Haute-Loire</i>	3	3	0%	1,5	2,5	67%
<i>Puy-de-Dôme</i>	7	7	0%	6,5	5,4	-17%
Corse	6	3	-50%	5,2	2,7	-48%
<i>Corse-du-Sud</i>	3	2	-33%	3,0	1,7	-43%
<i>Haute-Corse</i>	3	1	-67%	2,2	1,0	-55%
Créteil	95	84	-12%	85,0	77,5	-9%
<i>Seine-et-Marne</i>	24	24	0%	28,0	19,0	-32%
<i>Seine-Saint-Denis</i>	38	31	-18%	37,5	37,0	-1%

<i>Académie/Département</i>	Nombre de CMS			Secrétaires en ETP		
	2013-2014	2018-2019	Variation	2013-2014	2018-2019	Variation
<i>Val-de-Marne</i>	33	29	-12%	19,5	21,5	10%
Dijon	23	22	-4%	20,6	19,7	-4%
<i>Côte-d'Or</i>	7	7	0%	7,6	7,7	1%
<i>Nièvre</i>	2	2	0%	2,5	2,5	0%
<i>Saône-et-Loire</i>	9	8	-11%	6,7	5,7	-15%
<i>Yonne</i>	5	5	0%	3,8	3,8	0%
Grenoble	36	33	-8%	30,1	28,5	-5%
<i>Ardèche</i>	6	5	-17%	3,5	2,8	-20%
<i>Drôme</i>	9	8	-11%	5,0	5,0	0%
<i>Haute-Savoie</i>	5	5	0%	6,2	6,2	0%
<i>Isère</i>	10	9	-10%	9,0	9,0	0%
<i>Savoie</i>	6	6	0%	6,4	5,5	-14%
Guadeloupe	5	6	20%	5,0	6,0	20%
<i>Guyane</i>	1	4	300%	0,0	3,0	
La Réunion	31	32	3%	26,1	26,0	0%
Lille	144	106	-26%	78,1	74,8	-4%
<i>Nord</i>	123	85	-31%	47,1	47,5	1%
<i>Pas-de-Calais</i>	21	21	0%	31,0	27,3	-12%
Limoges	8	5	-38%	6,5	4,5	-32%
<i>Corrèze</i>	3	2	-33%	2,0	2,0	0%
<i>Creuse</i>	3	1	-67%	0,5	0,5	-10%
<i>Haute-Vienne</i>	2	2	0%	4,0	2,0	-50%
Lyon	87	63	-28%	21,7	22,1	2%
<i>Ain</i>	37	37	0%	1,0	2,5	150%
<i>Loire</i>	6	6	0%	5,8	5,8	0%
<i>Rhône</i>	44	20	-55%	14,9	13,8	-7%
Montpellier	31	30	-3%	24,7	22,9	-7%
<i>Aude</i>	4	4	0%	4,3	3,7	-14%
<i>Gard</i>	9	8	-11%	7,8	7,2	-8%
<i>Hérault</i>	9	9	0%	9,0	8,6	-4%
<i>Lozère</i>	0	0		0,0	0,0	
<i>Pyrénées-Orientales</i>	9	9	0%	3,6	3,4	-6%
Nancy-Metz	33	21	-36%	30,2	20,3	-33%
<i>Meurthe-et-Moselle</i>	8	4	-50%	7,4	4,0	-46%
<i>Meuse</i>	4	4	0%	3,9	4,0	3%
<i>Moselle</i>	13	10	-23%	12,7	9,3	-27%

<i>Académie/Département</i>	Nombre de CMS			Secrétaires en ETP		
	2013-2014	2018-2019	Variation	2013-2014	2018-2019	Variation
<i>Vosges</i>	8	3	-63%	6,2	3,0	-52%
Nantes	42	42	0%	43,1	41,7	-3%
<i>Loire-Atlantique</i>	11	11	0%	12,5	11,0	-12%
<i>Maine-et-Loire</i>	6	6	0%	9,7	9,4	-3%
<i>Mayenne</i>	6	6	0%	4,4	4,8	9%
<i>Sarthe</i>	10	10	0%	9,5	9,5	1%
<i>Vendée</i>	9	9	0%	7,0	7,0	0%
Nice	30	30	0%	15,1	16,1	7%
<i>Alpes-Maritimes</i>	15	15	0%	7,6	8,6	13%
<i>Var</i>	15	15	0%	7,5	7,5	0%
Orléans-Tours	24	23	-4%	21,0	18,7	-11%
<i>Cher</i>	3	3	0%	3,9	3,8	-3%
<i>Eure-et-Loir</i>	3	3	0%	2,8	2,8	0%
<i>Indre</i>	1	1	0%	1,0	0,8	-20%
<i>Indre-et-Loire</i>	7	7	0%	6,0	4,8	-20%
<i>Loiret</i>	7	6	-14%	4,8	4,0	-17%
<i>Loir-et-Cher</i>	3	3	0%	2,5	2,5	0%
Paris	0	0		0,0	0,0	
Poitiers	25	20	-20%	13,8	13,3	-4%
<i>Charente</i>	6	6	0%	3,0	2,5	-17%
<i>Charente-Maritime</i>	5	5	0%	4,0	4,0	0%
<i>Deux-Sèvres</i>	6	5	-17%	3,8	3,8	0%
<i>Vienne</i>	8	4	-50%	3,0	3,0	0%
Reims	13	13	0%	7,0	8,0	14%
<i>Ardennes</i>	4	4	0%	2,0	2,5	25%
<i>Aube</i>	2	2	0%	1,0	2,0	100%
<i>Haute-Marne</i>	4	4	0%	3,0	3,0	0%
<i>Marne</i>	3	3	0%	1,0	0,5	-50%
Rennes	39	38	-3%	29,8	31,7	6%
<i>Côtes-d'Armor</i>	10	9	-10%	8,0	8,0	0%
<i>Finistère</i>	10	10	0%	7,0	7,3	4%
<i>Ille-et-Vilaine</i>	11	11	0%	10,1	11,6	15%
<i>Morbihan</i>	8	8	0%	4,7	4,8	2%
Rouen	18	16	-11%	11,7	11,7	0%
<i>Eure</i>	14	12	-14%	7,7	7,7	0%
<i>Seine-Maritime</i>	4	4	0%	4,0	4,0	0%

<i>Académie/Département</i>	Nombre de CMS			Secrétaires en ETP		
	2013-2014	2018-2019	Variation	2013-2014	2018-2019	Variation
<i>Strasbourg</i>	15	17	13%	8,8	9,2	5%
<i>Bas-Rhin</i>	8	10	25%	5,5	5,4	-2%
<i>Haut-Rhin</i>	7	7	0%	3,3	3,8	15%
<i>Toulouse</i>	43	41	-5%	32,5	30,7	-6%
<i>Ariège</i>	4	4	0%	2,3	2,3	0%
<i>Aveyron</i>	6	6	0%	3,0	3,0	0%
<i>Gers</i>	4	3	-25%	3,0	3,0	0%
<i>Haute-Garonne</i>	12	11	-8%	11,2	10,1	-10%
<i>Hautes-Pyrénées</i>	5	5	0%	3,9	3,0	-23%
<i>Lot</i>	3	3	0%	2,5	3,7	48%
<i>Tarn</i>	6	6	0%	3,6	2,6	-28%
<i>Tarn-et-Garonne</i>	3	3	0%	3,0	3,0	0%
<i>Versailles</i>	41	45	10%	42,4	48,2	14%
<i>Essonne</i>	12	12	0%	12,1	10,3	-15%
<i>Hauts-de-Seine</i>	4	9	125%	9,0	12,0	33%
<i>Val-d'Oise</i>	15	14	-7%	4,3	8,9	107%
<i>Yvelines</i>	10	10	0%	17,0	17,0	0%
Métropole + 3 DOM	974	850	-13%	710,7	668,6	-6%

Source : Réponses des académies à l'enquête de la Cour

Annexe n° 24 : les systèmes d'information des personnels médico-sociaux

Le MENJ travaille depuis plusieurs années à la mise en place d'applications informatiques spécifiques à chaque métier (médecin, infirmier, assistant social et psychologue) appelées à remplacer des applications - quand elles existent - obsolètes sur le plan technique et inadaptées aux nouvelles missions des personnels⁷⁴. La mise en œuvre de ces projets connaît des retards dus à la saturation de la direction du numérique pour l'éducation (DNE) et aux choix de priorisation qui ont été faits. De plus, la refonte des applications des personnels médicaux, qui utilisent largement les données de la scolarité, nécessitait préalablement la refonte des applications dédiées à la scolarité⁷⁵. À ce jour, seule l'application des médecins ESCULAPE est réalisée et son déploiement en cours⁷⁶. L'interface avec le DMP⁷⁷, si elle étudiée avec le Ministère de la santé, ne sera disponible que dans une version ultérieure du logiciel. Le développement de deux autres applications (LIEN pour les infirmières et ACCI-O pour les psychologues du second degré) devait débiter à l'automne 2019 pour une première version à l'été 2020. L'application des assistants de service social AMETISSE sera la dernière à être développée.

Selon la DGESCO qui assure la maîtrise d'ouvrage, chaque application numérique permettra notamment :

- un suivi individuel de l'élève via un dossier médico-social dématérialisé ;
- un travail de collaboration inter-catégorielle entre les différents professionnels concernés dans le respect des règles de déontologie et de confidentialité de chacun et en respectant les missions de chacun ;
- un recueil des données de santé et un volet social de l'élève (épidémiologie et observation sociale) au niveau local, départemental, académique et national.

Toutes ces applications métiers constitueront à terme des modules d'une plateforme numérique collaborative baptisée DIAPASON qui devrait être développée parallèlement à LIEN et ACCI-O, mais cet objectif est loin d'être atteint. L'application ESCULAPE a été conçue en premier sans coordination avec les autres projets. La nécessité de concevoir un socle commun ouvert à tous les personnels médico-sociaux, avec des accès réservés selon leur profil et des données partagées, n'est apparue qu'ultérieurement. Selon la DNE, « *le besoin d'un portail de fédération de services et de données n'est apparu qu'avec l'émergence des autres besoins.* » Cette approche des besoins métiers en silo paraît curieuse si l'on souhaite disposer d'un dossier médical numérique permettant le suivi de l'élève tout au long de sa scolarité avec à terme une connexion avec les outils de la PMI pour la visite des 3/4 ans. Le déploiement de DIAPASON devrait être achevé fin 2022.

⁷⁴ La Cour alertait déjà dans son rapport de 2011 sur la nécessité de faire évoluer le logiciel SAGESSE instauré en 2001 (arrêté du 4 mai 2001 portant création d'un traitement automatisé d'informations nominatives relatif à la gestion des passages des élèves à l'infirmerie des EPLE). Il est devenu aujourd'hui incompatible avec windows 10. Il est dans certaines académies délaissé au profit du logiciel ISIS développé par la DSI de Bordeaux. L'académie de Toulouse a développé son propre outil de collecte de données « INFISCOL » avec l'aide de l'ARS Occitanie.

⁷⁵ BE1D transformé en ONDE et SCONET transformé en SIECLE.

⁷⁶ Le déploiement a été opéré par vagues dès 2016 avec plusieurs académies pilotes. Il devrait s'achever en 2021 selon la DNE.

⁷⁷ Le Dossier Médical Partagé (DMP) est un carnet de santé numérique qui réunit toutes les informations médicales du patient.

À peine déployé, le logiciel ESCULAPE est déjà décrié. Selon certains médecins, il ne rendrait pas fidèlement compte de leur activité (participations aux réunions, rencontres des parents, examens à la demande, tâches administratives, etc.). De plus, il serait chronophage et présenterait des lacunes (impossibilité de consigner des notes médicales ou de corriger des données saisies, extractions de données partielles, etc.). Les difficultés rencontrées par certains utilisateurs peuvent être en partie liées à une appropriation insuffisante de l'outil. Le principal grief concerne l'absence d'interface avec le logiciel HORUS utilisé par la PMI. Les secrétaires de CMS ont dû scanner les dossiers médicaux papiers pour alimenter ESCULAPE.

Tableau n° 40 : présentation des applications des personnels médico-sociaux

	ESCULAPE	LIEN	AMETISSE	ACCIO-N	DIAPASON
<i>Précédente application</i>	MEDSI	SAGESSE	-	BILACCIO*	-
<i>Utilisateurs</i>	Médecins (1 600 utilisateurs attendus)	Infirmiers (7 500 utilisateurs attendus)	Conseillers de service social (3 800 utilisateurs attendus)	PsyEN EDO, DCIO, CSAIO, équipes éducatives d'EPLE... (3800 utilisateurs attendus)	Tous les personnels médico-sociaux (16 600 utilisateurs attendus)
<i>Description</i>	Dossier médical numérique	Application web permettant de gérer l'ensemble des activités liées aux personnels infirmiers en établissement	Application web permettant de gérer l'ensemble des activités liées aux assistants de service social	Recueil informatisé des données de suivi de l'élève par les PsyEN2nd degré. L'objectif principal est de permettre le reporting d'activités des CIO.	Portail de fédération de services centrés sur l'élève
<i>Objectifs</i>	- Organiser un suivi efficace des difficultés ou des troubles dépistés			- Gérer les personnels des CIO	- Doter l'ensemble des acteurs de modules correspondants à leurs processus métier.
	- Diminuer les coûts et les délais de transmission des dossiers de santé			Permettre le suivi de l'activité des personnels et des CIO	- Partager des données communes dans le respect des règles de confidentialité et de sécurité
	- Sécuriser le stockage des données médicales			Permettre le suivi des élèves à besoins particuliers	- Partager un agenda
	- Faciliter les échanges			Disposer de statistiques sur l'activité des CIO	
	- Permettre l'analyse sur l'état de santé et les besoins de santé				
	- Simplifier et harmoniser la rédaction des rapports d'activité				
<i>Stade du projet</i>	En cours de déploiement	En cours de développement	Expression du besoins	En cours de développement	En cours de développement
<i>Fin du déploiement</i>	2021			2021	2022
<i>Coût prévisionnel du projet</i>	1 M€	En cours d'évaluation	En cours d'évaluation	En cours d'évaluation	2 M€

Source : Cour des comptes d'après données communiquées par la DNE

* BILACCIO (application de l'académie de Nancy largement déployée sur les autres académies) est utilisé dans les CIO pour faire du reporting d'activités.

Annexe n° 25 : les examens médicaux obligatoires pris en charge à 100 %

Arrêté du 26 février 2019 relatif au calendrier des examens médicaux obligatoires de l'enfant

Article 1

Le calendrier des vingt examens médicaux obligatoires mentionnés à l'article R. 2132-1 du code de la santé publique est fixé comme suit :

- 1° Dans les huit jours qui suivent la naissance ;
- 2° Au cours de la deuxième semaine ;
- 3° Avant la fin du premier mois ;
- 4° Au cours du deuxième mois ;
- 5° Au cours du troisième mois ;
- 6° Au cours du quatrième mois ;
- 7° Au cours du cinquième mois ;
- 8° Au cours du sixième mois ;
- 9° Au cours du neuvième mois ;
- 10° Au cours du douzième mois ;
- 11° Au cours du treizième mois ;
- 12° Entre seize et dix-huit mois ;
- 13° Au cours du vingt-quatrième mois ou du vingt-cinquième mois ;
- 14° Au cours de la troisième année ;
- 15° Au cours de la quatrième année ;
- 16° Au cours de la cinquième année ;
- 17° Au cours de la sixième année ;
- 18° Entre 8 et 9 ans ;
- 19° Entre 11 et 13 ans ;
- 20° Entre 15 et 16 ans.

Annexe n° 26 : la collaboration entre les Agences régionales de santé et l'éducation nationale

La convention cadre de partenariat en santé publique entre les ministères chargés de la santé et de l'éducation nationale du 29 novembre 2016 a été déclinée dans la plupart des Agences régionales de santé (ARS), dont certaines disposaient déjà d'une convention avec les services rectoraux antérieurement à cette date. Les conventions, d'une durée de 3 à 5 ans, ont été renégociées ou sont en cours d'actualisation⁷⁸ (cf. tableau 41). L'accompagnement des élèves en situation de handicap a fait l'objet d'une convention spécifique dans certaines régions⁷⁹. Dans l'ouest de la France, l'ARS des Pays de la Loire a signé en octobre 2014 avec l'Union régionale des directions diocésaines (Uradel) un contrat de partenariat qui doit être renouvelé en 2020, tandis que l'ARS Bretagne travaille à un projet de convention cadre de partenariat avec les Directions diocésaines de l'enseignement catholique (DDEC).

Les conventions s'appuient sur les diagnostics territorialisés des besoins de santé des élèves pour définir les actions prioritaires. La mise en œuvre de la convention est généralement assurée par un comité stratégique réuni au moins une fois par an au niveau régional (directeur général d'ARS, directeur de la santé publique de l'ARS, recteurs...) chargé d'examiner le bilan de mise en œuvre des actions et de valider le plan d'action annuel. Un comité de pilotage, réuni en principe au moins deux fois par an au niveau départemental, est chargé de la mise en œuvre opérationnelle des actions. À cela s'ajoutent des groupes de travail ad hoc associant les conseillers techniques du recteur ou du DASEN. Sur un plan plus institutionnel, l'éducation nationale est représentée dans plusieurs commissions créées par la loi HPST du 21 juillet 2009 : la commission « prévention » de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA)⁸⁰, ainsi que dans les commissions de coordination des politiques publiques de santé⁸¹ ; tandis que les représentants de l'ARS siègent dans le CAESC et les CESC départementaux. Ces instances ne sont pas réunies de façon régulière. En Bretagne, les dernières réunions remontent à plus de deux ans. Les services de l'éducation nationale peuvent également être partenaires et associés au pilotage des contrats locaux de santé (CLS), même s'ils ne sont pas toujours cosignataires de ces contrats. La représentation de l'éducation nationale dans les CLS, si elle est souhaitée par les directions régionales des ARS, est très variable d'un territoire à l'autre.

Les relations sont régulières entre les directions des ARS chargées de la prévention et de la veille sanitaire et leurs interlocuteurs principaux à l'éducation nationale sur ces sujets qui sont les conseillers techniques des recteurs (médecins, infirmiers et, selon les dossiers, assistants de service social), les IEN-ASH et les proviseurs vie scolaire. En revanche, la mobilisation des équipes éducatives au-delà des personnels de vie scolaire est aléatoire et la participation des psychologues de l'éducation nationale aux actions de prévention quasi-inexistante. Certaines ARS déplorent une collaboration parfois difficile avec les services de l'éducation nationale, due à un cloisonnement professionnel et un manque de transversalité dans

⁷⁸ Les conventions de Martinique (2012) et Corse (2013) sont en cours de renégociation.

⁷⁹ Auvergne Rhône-Alpes, Centre Val-de-Loire, Ile-de-France et Normandie.

⁸⁰ Décret n° 2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

⁸¹ Commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile et Commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux. Décret n° 2010-346 du 31 mars 2010 relatif aux commissions de coordination des politiques publiques de santé.

l'approche des dossiers. La multiplication des acteurs dans les régions académiques ne facilite pas non plus la coordination. La transmission des données recueillies à l'occasion des bilans de santé par l'éducation nationale est parfois difficile alors que ces données seraient utiles à l'établissement d'un diagnostic partagé des besoins de santé dans les territoires, qui fait parfois défaut⁸². Selon l'ARS Océan indien, il demeure difficile d'avoir une vision régionale et partagée des actions menées dans l'ensemble des établissements du territoire en matière d'éducation à la santé en raison des difficultés du rectorat à collecter les informations relatives aux CESC. Une collaboration plus forte est avec l'éducation nationale est recherchée. Ainsi, l'ARS Ile- de- France entend resserrer le partenariat avec l'éducation nationale autour des programmes sur les compétences psychosociales (CPS) afin de favoriser la formation et l'engagement des enseignants dans la mise en place de programmes, en complémentarité avec le travail de la DGESCO sur une école promotrice de santé. Elle a pour cela créé en avril 2019 un comité stratégique « compétences psychosociales » afin de garantir une cohérence, aussi bien technique que territoriale sur l'ensemble des actions. Cette instance est constituée d'une représentation de l'éducation nationale des trois académies au travers des équipes santé des rectorats (conseillers techniques médecin, infirmière et assistantes sociales des trois recteurs) et des directions de la formation des trois académies.

Les ARS financent une multitudes d'actions de prévention dans les établissements scolaires qui ne font pas l'objet d'une évaluation systématique

Les agences régionales de santé soutiennent la mise en œuvre d'actions collectives de promotion de la santé portant sur les axes prioritaires d'intervention définis dans les conventions. Les données communiquées par les ARS révèlent que les actions menées dans les établissements scolaires sont très diverses, mais peuvent être néanmoins être regroupées en grandes thématiques. Les actions de prévention des conduites addictives (tabac, alcool, cannabis...) et des conduites à risques au sens large (risques liés aux écrans, risques auditifs, etc.) sont de loin les plus nombreuses ; viennent ensuite les actions liées à la vie affective et sexuelle ; les actions de développement des compétences psychosociales et les actions liées à la nutrition, l'équilibre alimentaire et l'activité physique ; ainsi que celles concernant la santé mentale. La santé environnementale et l'hygiène bucco-dentaire constituent des thématiques un peu moins fréquentes.

⁸² Plusieurs ARS réalisent, en partenariat avec les observatoires régionaux de santé et la collaboration des services infirmiers de l'éducation nationale, des diagnostics sur l'état de santé des élèves à partir des données collectées lors des dépistages infirmiers, parmi lesquelles l'Alsace (via le logiciel L2S pour les élèves de 6^e) ; les Hauts- de- France (enquête « JeSais » auprès des jeunes de 6^e et de 2^{nde}) ; la Normandie (enquête « EnJEU santé ») et la Nouvelle-Aquitaine (via le logiciel Voozadoo) auprès des élèves dans leur 12^{ème} année. Par ailleurs, les personnels de l'éducation nationale, principalement infirmiers, d'un échantillon représentatif d'établissements scolaires contribuent à l'enquête quadriennale *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), devenue « ENCLASS » en 2018, réalisée en partenariat avec l'OFDT, le ministère de l'éducation nationale (DGESCO / DEPP), le rectorat de Toulouse, l'association AD-HBSC, l'EHESP et l'INSERM (UMR 1027).

Ces actions se fondent souvent sur des programmes probants labellisés par l'agence Santé publique France (SpF)⁸³ tels que le programme *Unplugged*⁸⁴, programme européen de prévention des substances psychoactives en milieu scolaire ; les programmes TABADO et ASSIST de lutte contre le tabagisme ou encore le programme ICAPS⁸⁵ (intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité). Des programmes nationaux jugés prometteurs, comme Primavera et « Référents et Sentinelles », ou régionaux, tels *Good Behavior Game* (GBG)⁸⁶, programme de développement des compétences psychosociales ; Papillagou et les enfants de croque-lune et Mission Papillagou sont également déployés dans plusieurs ARS et sont en cours d'évaluation. D'autres sont en cours d'expérimentation comme le dispositif « Ecoute'émoi »⁸⁷ déployé dans les régions Ile-de-France, Grand Est et Pays de la Loire.

Un exemple d'action probante : le programme *Unplugged*

Unplugged est un programme universel de prévention des consommations de substances psychoactives (tabac, alcool et cannabis) par le développement des compétences psychosociales (en particulier la capacité à résister à la pression des pairs), l'éducation normative (correction des fausses croyances normatives) et le renforcement des connaissances sur les conséquences immédiates des prises de substances. Le programme est conduit en milieu scolaire en co-animation (enseignant et intervenant de prévention) auprès de collégiens âgés de 11 à 14 ans sur le rythme de douze séances d'une heure – dont trois séances axées sur les substances psychoactives – délivrées par des enseignants (après une formation préalable de trois jours). Elles permettent d'exercer les compétences psychosociales dans le cadre d'ateliers de groupes (classes) fondés sur une animation interactive (discussions collectives, jeux de rôle, mises en situation). Le programme a été déployé à titre expérimental dès 2013 dans le Loiret par l'Apléat (association pour l'écoute et l'accueil des toxicomanes) et a fait l'objet d'une évaluation par Santé publique France en partenariat avec la MILDECA. Cette évaluation a été réalisée auprès d'un échantillon de plus de 1 000 collégiens durant l'année scolaire 2016-2017. Les résultats montrent que le programme a un effet protecteur sur les trois comportements de consommation recueillis (consommation de cigarettes et de cannabis et conduites d'ivresse) qu'il s'agisse de l'expérimentation ou de la consommation récente. Le programme modifie également les variables psychosociales directement ciblées (attitudes, CPS, normes sociales).

Source : Santé publique France et ARS Ile-de-France

Les ARS financent des actions de prévention et de promotion de la santé sélectionnées en grande partie sur appels à projets lancés auprès des établissements scolaires. L'ARS des

⁸³ La DGS a confié à SpF la mise en place d'un registre français d'interventions validées ou prometteuses disponible sur internet. À ce jour, une centaine d'interventions sont recensées dans différents domaines (addictions, nutrition, santé mentale, etc.).

⁸⁴ Déployé à titre expérimental en Bourgogne Franche-Comté et Ile-de-France entre 2018 et 2020 dans le cadre d'un projet financé par l'INCa et associant entre autres la Fédération addiction, la DGS et la DGESCO. Des déploiements dans d'autres régions sont en cours (Nouvelle-Aquitaine, Martinique, Occitanie).

⁸⁵ Expérimentation menée initialement en Alsace entre 2002 et 2006 par le Pr Chantal Simon et reconnue comme efficace par l'OMS en 2009. Le projet a depuis fait l'objet de deux phases de déploiement.

⁸⁶ Expérimentation dans trois régions (Grand Est, Ile-de-France et Occitanie) entre 2018 et 2020.

⁸⁷ Expérimentation menée pendant trois ans auprès des jeunes de 11 à 21 ans en détresse psychologique qui leur permet de bénéficier gratuitement d'un certain nombre de consultations avec un psychologue en libéral suite à l'indication d'un médecin généraliste, d'un pédiatre, d'un travailleur social ou d'un infirmier de l'éducation nationale.

Hauts-de-France a renoncé en 2016 à cette procédure longue à mettre en place et qui ne garantissait ni la représentation de tous les territoires, ni le renouvellement des porteurs de projets. Elle opte désormais pour des conventions pluriannuelles avec des opérateurs sur la durée du plan régional de santé.

Les projets déposés par les établissements sont sélectionnés en concertation avec l'éducation nationale (Dasen, conseillers techniques) qui autorise l'intervention en milieu scolaire après instruction par les directions départementales des ARS. Les interventions peuvent, comme à La Réunion, être ciblées sur les établissements en éducation prioritaire (REP/REP+) afin de corriger l'impact des inégalités sociales et économiques sur la santé et la réussite scolaire des élèves des territoires qui rencontrent les plus grandes difficultés sociales.

Les ARS n'interviennent pas directement dans les établissements scolaires, mais financent des opérateurs chargés d'accompagner les équipes éducatives dans le cadre de projets de prévention : l'IREPS⁸⁸, l'ANPAA⁸⁹, Oppelia⁹⁰ sont quelques-uns des plus représentatifs parmi un panel très large de structures associatives. Ces opérateurs peuvent intervenir sur des thématiques précises (addictions, santé sexuelle, alimentation et activité physique...) ou plus transverses (approche globale de la santé, compétences psychosociales). Leur intervention peut donner lieu dans certains cas à un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). C'est le cas de l'ARS Bretagne qui conventionne avec des opérateurs qui apportent un accompagnement méthodologique aux équipes pédagogiques. Leur intervention peut inclure des temps de formation, de sensibilisation, de diagnostic ou consister dans la fourniture d'outils pédagogiques. La liste des établissements accompagnés est en principe arrêtée en concertation avec les services de l'éducation nationale ou ceux de l'enseignement catholique. À titre d'exemple, le développement des compétences psychosociales donne lieu à l'accompagnement par l'IREPS Bretagne de 5 à 6 projets par département et par an pour des écoles maternelles et primaires sur le temps scolaire et périscolaire. L'ARS des Pays de la Loire conventionne sur 4 ans (3 ans avant 2019) avec des structures ressources en prévention et promotion de la santé. Celles-ci proposent des accompagnements méthodologiques au profit des professionnels et/ou des actions en direction de publics cibles, dont les publics jeunes.

Les interventions sont le plus souvent co-animées. Par exemple, en Ile-de-France, les interventions sur les compétences psychosociales (CPS) sont composées d'activités à fréquence régulière comportant des séances participatives, structurées autour d'un programme de travail et se déroulant sur plusieurs semaines pour une durée totale d'au moins 10 heures sur une année. Des animateurs (personnel éducatif et intervenants extérieurs à l'école) formés aux CPS disposent d'un support décrivant précisément les CPS à travailler tout au long de la progression du programme, ainsi que des modalités établies pour les travailler.

Les projets sont financés essentiellement sur le Fonds régional d'intervention (FIR), mais d'autres canaux de financement existent comme le Fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives. Les ARS exigent généralement qu'ils soient co-construits avec les équipes éducatives, qu'ils s'inscrivent en complément des objectifs du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), ou du projet de l'établissement, et qu'ils contribuent à la réduction des inégalités territoriales, sociales et de santé. La convention signée entre l'ARS

⁸⁸ Instance régionale en éducation et promotion de la santé.

⁸⁹ Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie.

⁹⁰ Association de prévention en addictologie.

Bretagne et le rectorat de Rennes prévoit que les deux signataires établissent une liste de promoteurs sur la base de critères définis en commun, et notamment les critères d'agrément des intervenants en milieu scolaire. La liste des promoteurs retenus est diffusée aux chefs d'établissement par les services académiques et le recours à des intervenants ne figurant pas sur la liste doit être limité. En Pays-de-Loire, les projets doivent respecter un certain nombre de critères de qualité rappelés dans un document de cadrage interne. L'ARS demande également aux opérateurs de s'appuyer autant que possible sur des interventions reconnues efficaces en promotion de la santé. L'ARS Océan indien a quant à elle élaboré deux chartes d'intervention avec le rectorat de la Réunion et les intervenants. En région PACA, les modalités d'instruction varient selon les territoires, mais la règle générale appliquée est celle d'une interrogation systématique pour avis technique de l'éducation nationale pour tout projet sollicitant un financement ARS avec des interventions en milieu scolaire. Jusqu'en 2016, l'ARS Lorraine, en partenariat avec le Conseil régional de Lorraine, finançait chaque année sur appels à projets des établissements du premier et second degré pour des actions sur des thématiques ciblées qui étaient basées sur les orientations des CESC. Les académies de Reims et de Strasbourg n'ont pas souhaité poursuivre dans cette voie. L'ARS Grand Est souhaite à l'avenir financer prioritairement le déploiement de programmes probants. Elle assure que le soutien d'initiatives locales pourra se poursuivre, mais sur la base de besoins identifiés et de critères qualité à définir conjointement avec les conseillers techniques des recteurs. Elle n'a pas actuellement de visibilité sur l'ensemble des actions qui peuvent être menées dans les établissements scolaires. D'une part, des chefs d'établissement s'emparent de sujets sans solliciter de financement et peuvent être aidés en ce sens par les étudiants du service sanitaire, d'autre part, des actions peuvent être financées par d'autres opérateurs (MILDECA, conseils départementaux...).

Deux exemples d'interventions dans le cadre du service sanitaire

En Martinique, depuis la rentrée 2018, dans le cadre du service sanitaire des étudiants en santé, l'éducation nationale a permis à 105 étudiants en soins infirmiers et masso-kinésithérapie répartis en groupes pluridisciplinaires de 3 à 4 étudiants, de participer à la prévention autour de 8 thématiques prioritaires, auprès des élèves au sein des EPLE et des écoles. Ils conduisent des interventions avec des personnels de l'éducation nationale, sous le pilotage des chefs d'établissement. La mise en place du service sanitaire se fait sous l'égide d'un comité régional du service sanitaire composé de l'ARS, du rectorat, de l'IREPS et des représentants des instituts de formation. Ce dispositif est reconduit en milieu scolaire pour l'année 2019 avec les étudiants en maïeutique qui rejoindront les autres étudiants en santé.

Dans la région Grand-Est, 2 740 étudiants ont effectué leur stage en établissement scolaire en 2018/2019, soit 65 % de l'ensemble des lieux de stage.

L'ARS Ile-de-France cherche à rééquilibrer les interventions au profit des écoles, l'analyse des projets existants ayant montré un déficit d'intervention touchant les enfants par rapport aux adolescents. L'un des deux objectifs du PRS⁹¹ est le renforcement des programmes de compétences psychosociales (CPS) ciblant de manière précise les 6/12 ans. Pour cela, les 17 programmes de l'appel à initiatives de 2018 sont développés dans les écoles maternelles et primaires. Au total, l'agence subventionne actuellement 26 opérateurs parmi lesquels Oppelia,

⁹¹ Plan régional de santé.

ANPAA, SEDAP⁹², CRIPS⁹³, l'université Paris 8... Deux structures ressources (Promo santé Ile-de-France et PSYCOM) ont été mobilisées pour la construction de référentiels et d'outils destinés à l'ensemble des intervenants franciliens⁹⁴.

Les ARS peuvent également compter sur le réseau d'acteurs locaux pour des actions de prévention : les Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les Consultations jeunes consommateurs (CJC) qui leur sont adossées, en matière de prévention de conduites addictives ; les Maisons des adolescents et les Points accueil écoute jeunes (PAEJ) pour le développement des compétences psychosociales, ou encore les Centres gratuits d'information, de diagnostic et de dépistage (CeGIDD) et qui peuvent intervenir ponctuellement en aide méthodologique ou en information auprès des établissements scolaires à leur demande.

Les ARS reconnaissent la nécessité d'évaluer les actions menées dans les établissements scolaires, toutefois cette évaluation n'est pas systématique ni homogène sur tous les territoires. Si les programmes d'envergure menés sur le long terme tels que *Unplugged*, *Good Behaviour Game* ou le programme Papillagou font l'objet d'évaluations externes, l'évaluation des actions locales relève plus généralement d'une auto-évaluation assortie d'un bilan quantitatif et d'un compte rendu financier. L'ARS Grand Est admet que « *l'évaluation est demandée systématiquement pour toute action financée, mais force est de constater que l'évaluation se limite le plus souvent au nombre d'enfants touchés, à la satisfaction des élèves et des enseignants.* » L'évaluation n'est cependant pas aisée. Comme le souligne l'ARS des Pays-de-Loire, la mesure de l'impact des actions de prévention en milieu scolaire est compliquée à plusieurs titres dans la mesure où la santé repose sur un ensemble de déterminants biologiques, comportementaux, socio-économiques qu'il est difficile d'isoler. L'impact des actions varie également en fonction de la population cible et n'est pas mesurable immédiatement. L'évaluation des actions de prévention nécessiterait de mesurer leurs effets quelques années plus tard. Or, les élèves bénéficiaires ne sont bien souvent plus présents dans les établissements concernés. Pour ces raisons, l'ARS des Pays-de-Loire a choisi, dans un souci d'efficacité, de privilégier en amont des actions reposant sur des critères de qualité en prévention / promotion de la santé et sur les données de la littérature scientifique en matière d'interventions probantes. Les programmes de prévention sont intégrés dans les programmes éducatifs portés par l'ensemble de la communauté éducative. En aval, les conventions financières avec les opérateurs prévoient un bilan quantitatif et qualitatif des actions menées. Dans le cadre d'expérimentations (cf. par exemple programme « En santé à l'école » (ESAE)⁹⁵ ou dispositif « Ecout'Emoi »), ces bilans sont complétés par une double évaluation de processus, portée par l'opérateur (évaluation interne) et par un prestataire extérieur (évaluation externe). Enfin, l'ARS des Pays-de-Loire sollicite les acteurs ressources de la région pour réfléchir aux conditions de bonne implantation des actions, au regard de leur expérience. Ainsi, dans le cadre

⁹² Société d'entraide et d'action psychologique.

⁹³ Centre régional d'information et de prévention du sida et pour la santé des jeunes.

⁹⁴ « Comprendre et agir : les CPS des enfants et jeunes ados de 3-15 ans » par Proposante Île-de-France et « Cosmos de la santé mentale pour enfants de 6/8 ans » par le PSYCOM (organisme public d'information et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale).

⁹⁵ Projet expérimental visant le renforcement des compétences psychosociales (CPS) mené pendant trois ans auprès de 91 écoles par l'ARS Pays-de-Loire en partenariat avec le rectorat de l'académie de Rennes, l'enseignement catholique des Pays de la Loire et porté par l'IREPS des Pays de la Loire, avec l'appui de l'ANPAA et de la Fédération Addiction.

du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'IREPS, cet opérateur a été chargé en 2019 de produire un référentiel à destination des professionnels ressources des institutions scolaires pour le déploiement du renforcement des compétences psychosociales dans l'académie de Nantes. Ce document en cours d'écriture s'appuie sur les connaissances construites par l'expérience de vingt ans d'interventions en milieu scolaire, les évaluations du programme ESAE et les synthèses françaises sur les données probantes concernant les programmes CPS validés.

L'évaluation externe est également sollicitée en Auvergne Rhône-Alpes. Une recherche interventionnelle sur le renforcement des compétences psychosociales a été réalisée entre 2013 et 2018 sur cinq territoires avec la participation du laboratoire ACTe⁹⁶ de l'université Clermont Auvergne et l'IREPS. Elle a permis de fournir des outils de mesure et des indicateurs validés scientifiquement et désormais utilisables pour évaluer de nouvelles actions.

L'ARS Ile-de-France a sollicité un accompagnement auprès de l'agence nationale Santé Publique France, dont la CIRE⁹⁷ Ile-de-France, pour l'identification des programmes validés, le conseil méthodologique et le suivi, ainsi que l'élaboration de référentiels d'évaluation. Une des tâches de ce comité sera la mise en place d'un tableau de bord régional permettant de réaliser un suivi plus affiné des actions. Ce comité intègre aussi deux structures ressource (Promosanté IDF et PSYCOM), ainsi que trois grands opérateurs régionaux (ANPAA, Oppelia, Crips).

Dans les Hauts-de-France, chaque CPOM conclu avec un opérateur fait l'objet d'un document cadre posant le cadre d'évaluation attendu. L'ARS Normandie a quant à elle créé, au sein du pôle prévention et promotion de la santé, une cellule qualité qui travaille à la fois sur l'évaluation, la capitalisation, les données probantes et leur transférabilité. Une grille d'évaluation des projets financés par le pôle a été élaborée par cette cellule. En Nouvelle-Aquitaine, afin de développer des actions probantes, un programme de formation de professionnels de l'éducation nationale est en cours de déploiement, notamment pour soutenir les programmes validés « *Unplugged* » et « *TABADO* ». Une démarche de suivi-évaluation est en cours de réflexion avec les trois rectorats.

En Bourgogne Franche-Comté, l'évaluation des actions financées fait l'objet chaque année d'une présentation commune devant les acteurs concernés. Le retour vers les équipes éducatives ayant bénéficié de l'action quelques mois après l'action est difficile, comme le souligne l'ARS Bretagne, en raison notamment de la mobilité des personnels.

Des actions locales permettent de renforcer les dépistages et la prise en charge médicale des élèves

La démographie médicale constitue rarement un axe spécifique des conventions liant les ARS aux académies⁹⁸. En Bourgogne Franche-Comté, le soutien des médecins libéraux est envisagé pour la réalisation des examens médicaux et bilans de santé obligatoires, tout comme une convention d'accueil d'internes en médecine. Dans cette région, une convention tripartite avec l'IREPS et les signataires de la convention cadre a été signée par laquelle l'IREPS

⁹⁶ Activité, Connaissance, Transmission, éducation.

⁹⁷ Cellules d'intervention en région (Cire) : placées auprès des ARS, ces cellules apportent l'expertise scientifique dans le champ de la veille, de la surveillance et de l'alerte sanitaire pour l'aide à la décision des politiques de santé régionales. Les Cire sont le représentant unique en région de Santé publique France.

⁹⁸ Ce sujet est abordé dans les conventions de Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France et Normandie.

s'engage à recruter des médecins libéraux pour aider l'éducation nationale à réaliser les bilans de santé dans les zones à démographie médicale défavorable. En contrepartie, ces médecins doivent également déployer des actions collectives de prévention en proximité de leur lieu d'exercice. Cette convention doit entrer en application pour l'année scolaire 2019/2020 et n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation spécifique. La convention entre l'ARS Hauts-de-France et les académies d'Amiens et de Lille comporte un axe consacré à l'offre de soins qui vise notamment à faire connaître aux étudiants en médecine l'intérêt professionnel des terrains de stage au sein de l'éducation nationale.

La question du dépistage et de l'accès aux soins est source de préoccupation dans plusieurs régions et conduit à la mise en place d'expérimentations locales. L'ARS Bretagne engage une réflexion pour améliorer l'effectivité et l'efficacité des dépistages aux âges clés. Elle prévoit en 2020 de définir des modalités de travail concerté entre l'ARS, le rectorat de l'académie de Rennes, la PMI, les médecins généralistes et pédiatres libéraux afin de faire bénéficier davantage d'enfants d'examens de qualité. Le recours aux médecins libéraux pour la réalisation de certains examens sera examiné à cette occasion. Parallèlement, un travail sera engagé sur la formation des médecins au repérage des problématiques de santé en lien avec le Collège des hautes études en médecine (CHEM), les deux universités de médecine, l'association française de pédiatrie ambulatoire, le Centre de référence des troubles du langage et des apprentissages (CRTLA), le centre de ressources sur l'autisme (CRA), la PMI, la médecine scolaire, ainsi qu'une action de communication en direction des parents en lien avec les CAF et les CPAM.

Dans le cadre des travaux du projet régional de santé de la région Grand Est, un objectif opérationnel spécifique à l'examen de santé de la 6^e année a été validé avec les conseillers techniques des trois rectorats (Nancy-Metz, Reims et Strasbourg). L'ARS Grand Est serait disposée à apporter son aide aux services de l'éducation nationale pour l'atteinte de cet objectif, mais les services rectoraux se montrent peu réactifs pour lui transmettre les données indispensables à son action (nombre de médecins scolaires, territoires couverts par ceux-ci, taux de réalisation de l'examen des 6 ans). Des actions ciblées ont pu néanmoins être mises en place dans le domaine vaccinal. Une campagne de rattrapage vaccinal est instituée en Meuse dans les classes de CE1, 5e et 2nde. L'action a été étendue aux Vosges et couvre plusieurs territoires (Saint-Dié, Toul). Des séances de vaccination HPV et hépatite B ont été organisées en 2019-2020, avec l'accord du recteur et des Dasen, dans les classes de 5e des départements de la Meuse, de la Meurthe-et-Moselle et des Vosges. À partir de la rentrée 2020, il est prévu d'étendre le dispositif de rattrapage à d'autres territoires, en tenant compte des taux de couverture vaccinale et de l'existence d'un opérateur en capacité de vacciner au sein des classes. En outre, l'agence considère que l'inscription de l'acte vaccinal dans les missions des médecins scolaires devrait être étudiée. En Martinique, la collaboration de l'ARS avec le Rectorat s'inscrit dans une démarche itinérante de rattrapage de la couverture vaccinale au sein des collèges du département via la plateforme régionale de vaccination. Cette expérimentation, initiée en 2018 dans des collèges des quartiers prioritaires de la ville de Fort-de-France, a été étendue à d'autres établissements de Martinique. L'ARS Hauts-de-France vient également en soutien de l'éducation nationale pour l'accompagnement à la mise en œuvre de l'obligation vaccinale. Ainsi, un guide à l'usage des directeurs d'école et collectivités territoriales est en cours de préparation pour faciliter la vérification des carnets de vaccination à partir de la rentrée de 2020. Toujours dans les Hauts-de-France, l'ARS subventionne deux associations chargées

de réaliser des dépistages⁹⁹. Ces partenaires détectent les troubles visuels en première intention et accompagnent les enfants dépistés vers un ophtalmologiste. En cas de difficultés pour obtenir un rendez-vous chez l'ophtalmologiste, ces structures peuvent recourir à un pool régional d'ophtalmologistes constitué par l'URPS¹⁰⁰ médecins libéraux. Ce pool est également mobilisable par les autres professionnels qui pratiquent des dépistages des troubles visuels : PMI et médecine scolaire, mais aussi médecins et pédiatres traitants. En ce qui concerne le dépistage des troubles du langage, les parents de l'enfant pour lequel un trouble est dépisté sont invités à consulter leur médecin traitant pour éventuelle prescription d'un bilan orthophonique. Toutefois, l'accès à l'offre d'orthophonie est plus ou moins facile en fonction des territoires. Par ailleurs, des orthophonistes indiquent que nombre d'enfants leur sont orientés à mauvais escient. Aussi, une plateforme de régulation est en cours d'étude avec l'URPS orthophonistes afin de proposer un filtre qui permette d'orienter à bon escient les enfants vers les soins d'orthophonie ou vers d'autres dispositifs de prise en charge ou accompagnement. Par ailleurs, les départements du Nord et du Pas-de-Calais sont engagés depuis 2018 dans l'expérimentation « Mission retrouve ton cap » qui consiste à accompagner les enfants de 3 à 8 ans en risque ultérieur d'obésité dans un parcours de prise en charge dédié. Celui-ci consiste à proposer à ces enfants une prise en charge diététique et une activité physique et psychologique adaptées sur prescription du médecin traitant de l'enfant. Les médecins scolaires sont invités à orienter des enfants repérés vers leur médecin traitant pour intégrer ce parcours. Les médecins scolaires sont ensuite tenus informés du suivi de l'enfant.

Dans la région Auvergne Rhône-Alpes, l'ARS a réalisé un diagnostic avec les services de PMI et ceux de l'éducation nationale afin de définir les territoires prioritaires sur lesquels devaient porter les efforts de dépistage. Ce diagnostic a permis d'identifier dans la Loire 200 enfants qui n'ont pas bénéficié d'une visite médicale avant 6 ans. L'expérimentation menée dans ce département avec l'appui de l'ARS et des professionnels de santé de ville a permis de définir un projet de territoire comprenant une instance de coordination locale, un échange sur les outils de dépistage, des formations communes, et des modalités de transmission des informations dans un cadre sécurisé.

La thématique de la santé mentale fait l'objet de plusieurs initiatives dans les régions. En Auvergne Rhône-Alpes, des plates-formes de coordination et d'orientation pour les enfants de 0-6 ans porteurs de troubles du neuro-développement sont en cours de déploiement. Les médecins de santé scolaire peuvent orienter les élèves repérés vers la plateforme avec l'accord des représentants légaux. Par ailleurs, un partenariat avec l'URPS orthophonistes permet d'améliorer l'accès aux soins pour des enfants présentant des troubles d'apprentissage du langage.

D'une façon plus générale, les services de santé scolaire de l'éducation nationale sont mobilisés dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) et ont des relations privilégiées avec les centres d'action médico-sociale précoce, les centres-médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les équipes départementales pluridisciplinaires pour le diagnostic et les interventions précoces auprès des enfants avec autisme, les équipes de psychiatrie infanto-juvénile et les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

⁹⁹ L'APESAL (Association de Prévention et d'Éducation Sanitaire Actions Locales) et l'APRIS (association de prévention et de réduction des insuffisances sensorielles).

¹⁰⁰ Union Régionale de Professionnels de Santé.

Tableau n° 41 : présentation des conventions entre les ARS et les rectorats

<i>Convention</i>	<i>Durée</i>	<i>Axes stratégiques</i>
<i>ARS Auvergne Rhône-Alpes / rectorats des académies de Clermont-Ferrand, Grenoble et Lyon</i>	Convention signée en novembre 2018 pour 5 ans (2018-2023)	- Améliorer les connaissances et renforcer les compétences en santé des élèves ;
		- Contribuer au développement d'environnements favorables à la santé et aux apprentissages à l'école ;
		- Améliorer le repérage, le dépistage, le diagnostic précoce, l'accompagnement et l'orientation des élèves à besoins spécifiques ;
		- Assurer la veille et gestion des alertes sanitaires et des situations exceptionnelles en milieu scolaire ;
		- Organiser le partage et la consolidation des données d'observation sur la santé des élèves.
<i>ARS Bretagne / rectorat de l'académie de Rennes</i>	Convention signée le 14 mars 2019 pour 5 ans (2019-2024)	- Partager pour agir de façon concertée ;
		- Promouvoir la santé des élèves et prévenir les comportements défavorables à la santé ;
		- Poursuivre l'accompagnement des enfants et des adolescents en situation de handicap
<i>ARS Bourgogne-Franche-Comté / rectorats des académies de Besançon et Dijon</i>	Convention signée le 7 novembre 2016 (durée indéterminée)	- Développer des parcours adaptés aux enfants porteurs de handicap ;
		- Développer des actions de promotion et d'éducation à la santé ;
		- Soutenir la démographie médicale ;
		- Gérer les alertes sanitaires.
<i>ARS Centre Val de Loire / rectorat de l'académie de Tours</i>	Convention signée le 7 mars 2017 pour 3 ans (2017-2020)	- Observation et analyse des besoins de santé de tous les élèves ;
		- Mise en place d'un parcours éducatif de santé ;
		- Veille et gestion des alertes sanitaires ;
		- Prise en charge éducative et du parcours de scolarisation des élèves en situation de handicap ;
		- Développement de formations à destination des personnels.
<i>ARS Guadeloupe / rectorat de l'académie de Guadeloupe</i>	Convention signée le 25 novembre 2019 pour 3 ans (2019-2022)	- Prévenir et réduire les inégalités territoriales de santé des publics scolaires et universitaires ;
		- Favoriser le développement des compétences en matière de promotion de la santé ;
		- Mettre en œuvre les objectifs du PRS en lien avec le CESC ;
		- Sécuriser en coordonnant les procédures de veille et de sécurité sanitaire ;
		- Promouvoir la santé environnementale et la lutte contre les vecteurs ;
		- Promouvoir le service sanitaire des étudiants en santé ;
		- Développer la coopération institutionnelle dans la lutte contre les violences scolaires.
	- Veille et sécurité sanitaire ;	

Convention	Durée	Axes stratégiques
<i>ARS Guyane / rectorat de l'académie de Guyane</i>	Convention signée le 12 mars 2018 pour 5 ans (2018-2023)	- Prévention et promotion de la santé ;
		- Santé environnementale.
<i>ARS Grand Est / rectorat des académies de Reims, Nancy-Metz et Strasbourg</i>	Convention signée le 7 décembre 2017 pour 5 ans (2017-2022)	- Définition d'un cadre de partenariat ;
		- Observation de la santé et des besoins de santé des jeunes scolarisés ;
		- Mise en place du parcours éducatif de santé ;
		- Prise en charge des élèves en situation de handicap et des élèves à besoins particuliers ;
<i>ARS Hauts-de-France / rectorat des académies d'Amiens et de Lille</i>	Convention signée le 20 septembre 2017 pour 3 ans (2017-2020)	- Développement de formations intercatégorielles.
		- Promotion de la santé ;
		- Scolarisation des élèves porteurs de handicap ;
<i>ARS Ile-de-France / rectorat des académies de Créteil, Paris et Versailles</i>	Convention signée en novembre 2019 pour 3 ans (2019-2022)	- Veiller et sécurité sanitaire ;
		- Offre de soins.
		- Développer la prévention en faveur du jeune enfant en école maternelle (3-6 ans) ;
		- Renforcer les compétences psychosociales des élèves (3-12 ans) ;
		- Mieux repérer les adolescents en situation de vulnérabilité (12-18 ans) ;
<i>ARS Océan Indien / rectorat de l'académie de la Réunion</i>	Convention signée le 14 mai 2014 (reconduite par tacite reconduction)	- Accompagner les équipes éducatives dans le cadre du plan de lutte contre les violences scolaires ;
		- Contribuer à la mise en place et au déploiement des cités éducatives ;
		- Poursuivre le déploiement du service sanitaire.
		- Veille et sécurité sanitaire ;
<i>ARS Pays de Loire / rectorat de l'académie de Nantes</i>	Convention signée en juillet 2018 pour 5 ans (2018-2023)	- Observation de la santé des élèves ;
		- Prévention et promotion de la santé ;
		- Handicap.
		- Accompagner la construction du parcours éducatif de santé de chaque élève et développer la prise en compte des compétences psychosociales ;
		- Maintenir un dialogue de qualité avec les parents, en développant la co-éducation avec les familles ;
		- Favoriser par la réalisation des bilans de santé ;
<i>ARS Normandie / rectorat des académies de Caen et Rouen</i>	Convention signée en 2018 pour 5 ans (2018-2023)	- Garantir la réussite des élèves à besoins particuliers et réussir l'inclusion au quotidien ;
		- Mettre en place le plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes ;
		- Intervenir auprès des élèves en risque de décrochage scolaire ;
<i>ARS Normandie / rectorat des académies de Caen et Rouen</i>	Convention signée en 2018 pour 5 ans (2018-2023)	- Poursuivre et renforcer l'accompagnement des personnels.
		- Harmoniser l'observation de la santé des jeunes scolarisés pour une meilleure exploitation des données ;
		- Sensibiliser et former l'ensemble de la communauté éducative à la promotion de la santé ;
<i>ARS Normandie / rectorat des académies de Caen et Rouen</i>	Convention signée en 2018 pour 5 ans (2018-2023)	- Mettre en œuvre un programme d'actions adapté au développement des enfants et des jeunes ;

Convention	Durée	Axes stratégiques
		<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la démographie des médecins de l'Éducation nationale ; - Renforcer la coopération entre l'ARS et les académies dans le cadre de la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale ; - Coopérer dans le cadre de la mise en œuvre de la politique vaccinale ; - Poursuivre la collaboration entre la cellule de veille, d'alerte et de gestion des signaux sanitaires ; - Organisation des parcours des élèves en situation de handicap.
<i>ARS Nouvelle-Aquitaine / rectorat des académies de Bordeaux, Limoges et Poitiers</i>	Convention signée le 28 mai 2018 pour 5 ans (2018-2023)	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir les habitudes de vie favorables à la santé et des attitudes favorables à la santé des autres <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre l'éducation à la sexualité - Poursuivre la prévention des conduites à risques, dont les addictions <ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir le bien-être psychique et la santé mentale ; - Détecter les troubles de santé risquant d'affecter l'adaptation en milieu scolaire ; <ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir un environnement favorable à la santé - Contribuer à la veille sanitaire et la gestion de situation exceptionnelle.
<i>ARS Occitanie / rectorat des académies de Montpellier et de Toulouse</i>	Convention signée le 11 décembre 2017 pour 5 ans (2017-2022)	<ul style="list-style-type: none"> - Faire de l'école un environnement favorable au bien-être, à la santé et aux apprentissages ; - Améliorer les connaissances des enfants, des adolescents et des jeunes sur les principaux déterminants de santé afin de développer leurs CPS ; - Renforcer la fluidité des parcours entre l'école et les soins de ville ; <ul style="list-style-type: none"> - Lutter contre les inégalités sociales de santé ; - Mettre en œuvre des modalités de travail pérennes basées sur la concertation et la co-construction des modalités, du choix des opérateurs et des actions.