



Discours de M. Didier Migaud, Premier président

Présentation au Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale de la contribution de la Cour des comptes à l'évaluation de la médecine scolaire

Jeudi 6 octobre 2011

Je suis très heureux de vous présenter aujourd'hui le rapport que la Cour a établi sur la médecine scolaire, afin de contribuer à son évaluation. Je le suis d'autant plus qu'il s'agit du premier rapport de la Juridiction répondant à une commande passée par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale, sur le fondement de l'article L132-5 du code des juridictions financières, issu de la proposition de loi introduite par le Président de l'Assemblée nationale.

Pour m'aider lors de la discussion qui suivra, je suis accompagné du Président Jean Picq, de Pascal Duchadeuil et de Joël Montarnal.

J'aimerais pour commencer vous exposer brièvement la manière dont la Cour a mené son enquête. Nous avons souhaité adapter au mieux notre travail et nos méthodes, en vue de remplir la mission qui est définie par l'article 47-2 de la Constitution, aux termes duquel la Cour des comptes assiste le Parlement et le Gouvernement dans l'évaluation des politiques publiques.

La Cour a mené cette enquête auprès des ministères chargés de l'éducation nationale et de la santé, de trois académies et des onze inspections académiques correspondantes afin d'apprécier le pilotage et la gestion de la médecine scolaire.

Surtout, nous avons choisi de mener des investigations de terrain, auprès d'un échantillon d'écoles maternelles et primaires et de collèges et lycées qui ont été sélectionnés en raison de leurs contextes géographiques et sociaux très diversifiés. Ainsi, nous avons pu recueillir les perceptions d'une cinquantaine de médecins et d'infirmiers de l'éducation nationale sur les enjeux de leur action au service des élèves et de leur réussite scolaire.

Pour compléter cette approche, nous avons également sollicité les ambassades de France en Allemagne, en Espagne et au Royaume-Uni, qui nous ont fourni des éléments de comparaison sur la place et l'organisation de la médecine scolaire dans ces différents pays.

Enfin, nous avons organisé, au-delà des procédures traditionnelles de contradiction auxquelles la Cour est particulièrement attachée, douze auditions de près de 25 heures au total. Ces auditions de responsables ministériels, d'experts, de médecins et d'infirmiers, ainsi que de représentants des syndicats des personnels de santé scolaire et de fédérations de parents d'élèves nous ont permis d'enrichir la matière de cette enquête.

Dans ce rapport, la Cour vise à contribuer à une évaluation de la médecine scolaire en examinant les objectifs, les moyens, l'organisation, ainsi que les résultats de cette politique publique.

Au terme de notre long travail, nous pouvons mettre en lumière quatre grands diagnostics que je vais vous résumer à grands traits :

- 1) les missions de la médecine scolaire se sont multipliées ces dernières années, sans hiérarchisation claire entre elles ;

- 2) la médecine scolaire se heurte à des problèmes d'attractivité de ses métiers et à une répartition des moyens qui doit être améliorée ;

- 3) la médecine scolaire est mal gouvernée, à tous les niveaux, du manque de pilotage national à l'absence de coordination des acteurs de terrain.

- 4) enfin, le suivi et l'évaluation des effets de la médecine scolaire sont quasi nuls, ce qui empêche à la fois d'en mesurer l'impact sur la santé des enfants et d'identifier des pratiques les plus efficaces

Premier constat : les objectifs de la médecine scolaire n'ont cessé de se multiplier et de s'élargir au fil des décennies, passant du suivi sanitaire des élèves à une démarche de prévention, puis à l'affirmation d'une mission de promotion de la santé qui s'efforce de prendre en compte les jeunes individus sous tous leurs aspects. Dès lors, les textes qui définissent les activités des médecins et des infirmiers de l'éducation nationale, énoncent de multiples tâches, sans toutefois déterminer leurs priorités respectives. Il leur faut ainsi simultanément assurer des visites médicales obligatoires, promouvoir des projets d'éducation à la santé, et faciliter la scolarité des élèves confrontés à des problèmes de santé ou des situations de handicap. Faute de définition précise des priorités, les acteurs de terrain expriment le sentiment d'une accumulation d'actions parmi lesquelles ils sont contraints de faire eux-mêmes des choix en fonction des impératifs dictés par l'urgence, de manière un peu improvisée.

Second constat : le recrutement des personnels de médecine scolaire est confronté à d'importantes difficultés. Les raisons en sont que ces métiers sont faiblement attractifs, et que les lauréats, qui, pour nombre d'entre eux, ont décidé de rejoindre l'éducation nationale après des activités de médecins généralistes, ont une mobilité limitée. Cette situation explique des déficits importants dans certaines académies et induit de fortes inégalités territoriales en matière de couverture médicale des publics scolaires.

Ce problème de recrutement et de répartition des agents est aggravé par le fait que 32% des infirmiers de l'éducation nationale et 42% des médecins de l'éducation nationale devraient partir à la retraite d'ici 2019.

Les conditions matérielles d'exercice ne sont pas non plus optimales. Ainsi, certains médecins et infirmiers de l'éducation nationale doivent assurer à leur propre frais l'acquisition de matériels médicaux, ou doivent utiliser, sans être remboursés, leur téléphone personnel afin d'organiser leur rendez-vous avec les élèves et leur famille.

Troisième constat : nous avons aussi constaté que le pilotage de la médecine scolaire est très limité, sinon inexistant. Alors qu'elle doit être à la fois une « médecine pour l'école » et une « médecine dans l'école », le rapport de la Cour montre qu'il n'existe pas d'accord entre les ministères de l'éducation nationale et de la santé, notamment sur la pertinence de certaines visites médicales obligatoires, sujet assez central. Au sein du ministère de l'éducation nationale, un seul bureau est consacré à la médecine scolaire, et encore de manière non exclusive. A l'échelon territorial, les fonctions de régulation et d'animation reposent sur les médecins et les infirmiers conseillers techniques placés auprès des recteurs et des inspecteurs d'académie, mais ce réseau ne bénéficie pas toujours de moyens adaptés de communication et d'échanges. Enfin, l'enquête conduit à s'interroger sur le positionnement de la médecine scolaire par rapport à la médecine générale, et sur l'homogénéité de ce positionnement : il est frappant de constater que selon les départements, les caisses

primaires d'assurance maladie prennent ou non en charge le remboursement des actes prescrits par les médecins de l'éducation nationale, par exemple en ce qui concerne les bilans orthophoniques.

Enfin, **quatrième constat** : les données statistiques disponibles pour juger des résultats de la médecine scolaire sont lacunaires et peu fiables. Elles ne permettent pas, en l'état, de mesurer l'impact de ses activités sur la santé des jeunes, ni d'en apprécier l'efficacité, ce qui est un obstacle majeur à toute enquête. Outre le fait que les acteurs de terrain soulignent avec vigueur que le dispositif statistique ne restitue pas une image fidèle de leur travail, les résultats disponibles font apparaître d'importantes inégalités territoriales dans les possibilités d'accès à la médecine scolaire et même une dégradation des taux de réalisation des visites obligatoires des élèves : seuls 65% des élèves en bénéficient à l'âge de six ans, alors que la valeur-cible de cet indicateur est de 100%. Par ailleurs, les acteurs de terrain doivent faire face à de nouveaux enjeux de société qu'ils ont du mal à traiter, notamment avec l'accroissement des situations de souffrance psychiques des jeunes. Enfin, l'impact des actions d'éducation à la santé sur le comportement des jeunes n'est pas mesuré, ce qui empêche de cibler les démarches les plus pertinentes et les plus efficaces.

Vous l'aurez compris, ces multiples difficultés obèrent les performances de la médecine scolaire. L'écart est profond entre les objectifs ambitieux fixés à cette dernière et la réalité de ses résultats. Dès lors, nous avons eu le souci d'identifier des orientations qui peuvent contribuer à la résorption de cet écart.

Au-delà des constats techniques, l'enquête a, tout d'abord, montré que la médecine scolaire qui s'adresse à 12 millions d'élèves et qui repose sur environ 1500 médecins et 7500 infirmiers de l'éducation nationale, constitue un enjeu central, à la confluence de trois questions fondamentales pour l'avenir de notre société : la jeunesse, l'école, et la santé.

Comme l'observait avec justesse un universitaire auditionné par la Cour, les médecins scolaires sont les seuls à pouvoir observer sur une longue période, entre cinq ans et quinze ans, une population aussi nombreuse et importante pour l'avenir de la Nation. Or, nombre d'autres pays comparables au nôtre ne disposent pas de fonctionnaires dédiés à cette fonction et recourent à des médecins du secteur privé qui interviennent dans les établissements scolaires, ou laissent aux familles le soin du suivi médical des élèves. C'est pour cela que nous avons commencé par la première des questions : nous nous sommes interrogés sur le bien-fondé du choix national qui a présidé à l'organisation d'une médecine scolaire.

Ensuite, nous avons examiné la place et du rôle de la médecine scolaire dans le cadre plus large des politiques de santé publique, dans la mesure où elle est chargée, à la fois, de contribuer à la réussite scolaire des élèves mais également de veiller à leur état de santé à des âges cruciaux pour le développement de l'individu.

Sur ces deux points, la Cour considère que la médecine scolaire française présente dans sa forme actuelle un grand intérêt : elle assure un suivi médical obligatoire au sein de l'institution scolaire, tout en prenant en compte ses objectifs éducatifs qu'elle connaît de façon très précise. Cependant, il faut absolument trouver une meilleure façon de l'articuler avec le reste du système français de santé publique, Autrement dit, à notre avis, aucun autre mode d'organisation ne paraît aujourd'hui en mesure d'offrir une alternative en assurant cette mission dans les mêmes conditions.

Malgré cet enjeu central pour l'avenir de notre société, l'enquête de la Cour a montré que les personnels de la médecine scolaire éprouvent non sans raison le sentiment que leur activité n'est ni vraiment reconnue ni suffisamment valorisée. Cette aspiration à plus de visibilité et de reconnaissance paraît d'autant plus légitime que, tout au long de ses investigations, la Cour a rencontré des médecins et des infirmiers de l'éducation

nationale fortement motivés, aimant leur métier et soucieux de répondre aux besoins multiples des élèves : ils savent être à leur écoute, percevoir leur mal-être physique ou psychique, repérer les cas de détresse, sensibiliser les familles et savent les orienter vers les structures et les interlocuteurs extérieurs qui pourront apporter des réponses adaptées. Ces professionnels font également observer que dans certains quartiers urbains ou territoires ruraux, ils sont parfois le seul contact que les élèves et leurs familles ont avec le monde de la santé.

Ainsi, le réseau des médecins et infirmières de l'éducation nationale nous est apparu comme un capital de tout premier plan qu'il faut mieux valoriser. Il faut tirer le meilleur parti de la connaissance qu'ils peuvent avoir de l'état sanitaire et psychique des jeunes, mais plus encore de leur capacité à identifier à temps leurs difficultés et leurs troubles d'apprentissage.

Au-delà de leur besoin de reconnaissance, les médecins et les infirmiers de l'éducation nationale aspirent surtout à voir leurs multiples activités redéfinies et inscrites dans un cadre qui soit plus clair et plus construit. Au fil des ans, leurs missions ont perdu en lisibilité et les grandes priorités se sont estompées face à l'accumulation des tâches. Sur le terrain, les professionnels de santé doivent faire face aux besoins des élèves qui ont évolué, notamment avec une montée en charge des situations de mal-être, la fragilisation des liens familiaux et sociaux, un accès inégal aux soins ou la précarité sociale et économique.

Pour faire face à cette demande multiforme des publics scolaires, la question se pose alors du dispositif qui permettrait, du fait de ses objectifs, de son organisation, de son animation et de sa capacité d'évaluation, de mieux situer l'action des médecins et des infirmiers de l'éducation nationale par rapport aux grands enjeux de la santé en milieu éducatif. Il faut aussi trouver une manière de valoriser et animer le réseau de la médecine scolaire, et de le faire fonctionner de manière plus efficiente et plus efficace. Nous avons formulé des orientations en ce sens, dont, je l'espère, vous vous saisissez.

Il nous paraît évident que pour répondre aux enjeux de la médecine scolaire, il faudrait faire des choix clairs dans plusieurs domaines. Il faudrait tout à la fois fixer l'enjeu politique et social, apprécier les besoins réels, déterminer les objectifs, allouer les moyens, animer le réseau et son fonctionnement dans la diversité des territoires, reconnaître la valeur ajoutée et rendre plus attractifs les métiers. **Bref, et c'est une vaste entreprise, il s'agit de créer les conditions pour que la santé scolaire devienne une politique publique à part entière.** C'est dans ce cadre qu'à la fin de son rapport, la Cour identifie **sept axes d'action** pour que la médecine scolaire constitue désormais une véritable politique publique, cohérente et bien pilotée.

Tout d'abord, une réflexion au niveau national doit déterminer des objectifs assortis d'indicateurs précis qui devront recouvrir les principaux aspects de cette politique : les dépistages obligatoires, le suivi des élèves handicapés, l'accompagnement des élèves souffrant de pathologies, l'adaptation des élèves à l'enseignement professionnel, l'éducation à la santé, etc.... Le choix de ces indicateurs et la fixation du niveau de leur cible ne pourront qu'exprimer de facto la hiérarchisation souhaitée des objectifs.

Par ailleurs, la répartition des moyens humains et matériels devrait se fonder avant tout sur une appréciation locale des besoins des élèves, ceci afin d'équilibrer l'allocation des moyens disponibles de façon conforme aux objectifs de la politique mise en œuvre. Au delà, un choix de nature politique devra être effectué sur cette question des moyens. Soit l'on décide que la politique de promotion de la santé scolaire doit être menée à moyens constants et alors il apparaît nécessaire d'en redéployer une partie en priorité vers les territoires et les publics dont les besoins sont les moins bien couverts. Ou bien, deuxième hypothèse, les pouvoirs publics ont l'ambition de refonder cette politique en l'appuyant sur des moyens accrus et alors ceux-ci devront être affectés en fonction des besoins jugés les plus importants. Ces moyens doivent alors pouvoir être trouvés par redéploiements au sein de l'éducation nationale dans son ensemble.

En effet, la Cour, comme elle l'a indiqué dans son rapport public thématique de mai 2010 sur « *l'école face à l'objectif de réussite de tous les élèves* », rappelle que « *la France se situe, par rapport à la moyenne de l'OCDE, à un niveau de dépenses annuelles par élève inférieur de 5% pour l'école maternelle et de 15% pour l'école primaire, mais en revanche supérieur de 10% pour le collège, et surtout de 26% pour le lycée* ». Des possibilités de redéploiement existent donc.

Venons-en aux 7 actes d'action que nous avons identifiés.

1) Sur le plan institutionnel, le rattachement actuel de la médecine scolaire au ministère de l'éducation nationale n'est contesté ni, dans leur grande majorité, par les personnels, ni par les responsables du ministère de la santé. Cette politique est avant tout considérée comme une politique d'appui aux politiques scolaires, et non seulement comme la variante d'une politique de santé publique. Toutefois, au sein du ministère de l'éducation nationale, la faiblesse pour ne pas dire l'absence de pilotage de cette politique constitue un frein sérieux à l'efficacité du système de médecine scolaire. C'est pourquoi, selon nous, la médecine scolaire doit s'inscrire, au niveau national, dans le cadre d'une gestion suffisamment visible et individualisable. Or, celle-ci ne peut être menée si la médecine scolaire est diluée dans des politiques et des dispositifs disparates. Confier la responsabilité de cette politique à une autorité médicale éminente pourrait certainement permettre d'insuffler une véritable dynamique à cette politique publique.

2) En outre, si les grandes lignes de l'organisation locale actuelle peuvent être maintenues afin de préserver sa souplesse et sa réactivité, le constat du relatif isolement des agents de la médecine scolaire - dont certains vont jusqu'à s'estimer « oubliés » de l'éducation nationale, selon une formule employée lors d'une audition - amène à rechercher une meilleure intégration au niveau local. A ce titre, l'enquête de la Cour a permis de constater que les personnels étaient loin de disposer systématiquement des moyens informatiques et de communication permettant des échanges nécessaires et utiles : cette condition préalable à une meilleure efficacité doit être remplie en priorité.

3) Au niveau national, face aux divergences entre les ministères de l'éducation nationale et de la santé sur l'approche générale de la santé scolaire, une véritable coordination entre les ministères de l'éducation nationale et de la santé doit concilier une conception d'une médecine scolaire au service de la réussite des élèves et celle d'une médecine scolaire comme élément d'une politique de santé publique.

4) et 5) A l'échelon régional, la répartition des missions des professionnels de santé, telle qu'elle sera organisée par les agences régionales de santé, devra tenir compte de la spécificité de la promotion de la santé scolaire, tout en assurant une complémentarité effective entre les différents acteurs. Les médecins et infirmières de l'éducation nationale sont, en effet, en première ligne pour constater et pour prévenir des difficultés ou des pathologies non encore décelées et leur action doit donc être mise en réseau avec celle des autres intervenants de santé. A cet égard, la question du remboursement des actes découlant des prescriptions des médecins scolaires, actuellement accepté ou non selon les caisses primaires d'assurance maladie, devra être tranchée par les autorités compétentes.

6) Enfin, la question des moyens est inséparable du constat de la dégradation de l'attractivité des métiers de la médecine scolaire. Les difficultés actuelles de recrutement des médecins et infirmières de l'éducation nationale et les perspectives d'aggravation de cette situation, compte tenu des perspectives démographiques des corps concernés, rendent inévitable une adaptation statutaire, si les pouvoirs publics veulent assurer la continuité des prestations données à la population scolaire. Cette adaptation devrait se fonder sur le principe d'une comparabilité minimale avec les corps équivalents de l'ensemble des fonctions publiques, tant sur le plan des rémunérations qu'en ce qui concerne les conditions de déroulement de carrière. De nouveau, une telle adaptation statutaire pourrait être financée, à moyens constants, par un redéploiement des moyens au sein de l'ensemble du ministère de l'éducation nationale.

Par ailleurs, le sentiment des personnels, exprimé très fréquemment, d'être insuffisamment reconnus dans leur activité soulève la question de la revalorisation de l'image des médecins et des infirmières scolaires. Celle-ci passe par une reconnaissance de la qualification professionnelle, tant en formation initiale que continue.

7) En définitive, la Cour observe qu'à ce jour, les conditions statistiques préalables à une évaluation précise de l'impact de la médecine scolaire sur les élèves ne sont pas encore réunies, qu'il s'agisse du domaine du suivi médical ou de celui de l'éducation à la santé. A l'avenir, il sera donc impératif de développer fortement les mesures de l'impact de la médecine scolaire et la connaissance statistique que nous en avons, afin de faire progresser une démarche évaluative, qui ne saurait se confondre avec un simple état des lieux de la santé des jeunes en âge scolaire.

Pour l'immédiat, l'objectif essentiel que la Cour a suivi, tout au long de cette enquête approfondie, est d'apporter le plus d'éléments possibles au Comité d'évaluation et de contrôle pour lui permettre de porter une appréciation complète, précise et documentée sur l'efficacité, l'efficience et le service rendu par la médecine scolaire, dont l'objectif essentiel est de permettre aux élèves, en prenant en charge dans les meilleures conditions possibles leurs capacités physique et psychique, de suivre avec succès les apprentissages de la scolarité obligatoire.

Je vous remercie de votre attention.