



RAPPORT
SUR LE DEVENIR
DE LA SANTE A L'ECOLE
Mai 2023





RAPPORT SUR LE DEVENIR DE LA SANTE A L'ECOLE

Mai 2023

Rédigé par le SNiCS FSU

**avec la collaboration de Gilles Devers, Avocat spécialisé en droit de la santé - Ancien
infirmier hospitalier - Enseignant Chercheur à l'Université de Lyon III**

PLAN

INTRODUCTION

Chapitre 1 – LE CADRE FONDAMENTAL

I – UN CADRE JURIDIQUE FONDAMENTAL

- A - L'éducation, un choix des parents
- B - L'Etat, relai pour garantir les droits de l'enfant
- C - Une politique sanitaire et sociale en faveur des élèves

II - LES AXES DE LA POLITIQUE DE SANTÉ POUR LES ÉLÈVES ET LES ÉTUDIANT.ES

- A - Une politique éducative de santé centrée sur la réussite scolaire
- B - Un cadre législatif contraignant en faveur de l'égalité des chances

Chapitre 2 - HISTORIQUE : DU SERVICE D'HYGIÈNE SCOLAIRE AU DÉVELOPPEMENT DU CONCEPT DE SANTÉ À L'ECOLE

Chapitre 3 - LES RAPPORTS ET ETUDES PUBLIES CES DERNIERES ANNEES

- 1/ L'Académie Nationale de médecine
- 2/ Le Conseil Economique Social et Environnemental (CESE)
- 3/ Le rapport Jourdan
- 4/ La Cour des Comptes
- 5/ Rapport Chauvin (Dessiner la santé publique de demain, 2022)

Chapitre 4– LES AXES D'AMÉLIORATION ET LES PROPOSITIONS DU SNICS FSU

I - UNE RÉAFFIRMATION DES PRINCIPES JURIDIQUES CONSTITUTIFS

II - UNE POLITIQUE EDUCATIVE, SOCIALE ET DE SANTE AFFIRMEE

- A – Une gouvernance rénovée qui souffre d'une faiblesse politique
 - 1/ Une gouvernance renforcée
 - 2/ La faiblesse des moyens
 - 3/ L'analyse décalée de la Cour des Comptes
- B - Une organisation pour renforcer le service à l'utilisateur : l'accès à la réussite scolaire
 - 1/ Le leurre de la départementalisation
 - a/ Une mission de l'Etat, le grand régulateur
 - b/ L'expérience de la PMI
 - c/ Le rapport Peyron
 - d/ Ne pas refaire les erreurs du passé
 - 2/ Une structuration de type service, dans quel objectif et à quel prix ?
 - a/ Les compétences des infirmières pour répondre aux besoins de l'élève
 - b/ Les enseignements du passé
 - c/ Les enseignements d'une étude de terrain

d/ L'absence de corrélation entre le nombre de médecins de l'Education nationale et le nombre d'élèves bénéficiant d'une visite médicale

III - MIEUX RECONNAÎTRE, MIEUX RECRUTER ET MIEUX FORMER POUR RENFORCER LES SYNERGIES

A - Réaffirmer le rôle, la place et la responsabilité de chacun dans le respect des compétences et à partir des besoins des usager.es.

- 1/ Dépasser le carcan médico-centré
- 2/ Conforter la consultation infirmière
- 3/ La coopération entre professionnel.les, sans la hiérarchie
- 4/ Le rôle pivot de l'infirmière en milieu scolaire
- 5/ La question de la messagerie interne

B - Renforcer l'attractivité et la capacité d'action de la santé à l'Ecole

- 1/ Un budget en panne
- 2/ Un besoin de 23 000 infirmières, et donc la création de 15 184 postes

C - INFENES, une véritable spécialité infirmière au service de l'élève

CONCLUSION

Annexes

Références bibliographiques

INTRODUCTION

1. 18 millions de consultations chaque année : les infirmières sont le pivot de la santé en milieu scolaire, au service de l'émancipation de l'enfant, de sa santé et de sa réussite scolaire. Agentes de l'Education nationale, les infirmières conseillères de santé travaillent chaque jour en relation avec les parents, l'administration, les médecins, et l'ensemble des professionnels de l'enfance. Alors que le secteur est en sous-effectif et en tension permanente, elles assument cette mission essentielle auprès des enfants, avec une réussite saluée.
2. Ce travail s'inscrit dans un cadre juridique fort, de type fondamental, qu'il s'agisse de la structuration de la promotion de la santé en faveur de l'Elève, ou des compétences infirmières. C'est dire qu'on ne part pas de rien, mais au contraire des plus hautes exigences de l'Etat, et ce cadre juridique s'impose à tous.
3. A l'intérieur de ce cadre, tout bouge et tout est discuté de manière permanente, car la société change et les besoins des enfants se renouvellent. Pour que la relation se noue, la réponse de l'infirmière doit être impeccable de professionnalisme.
4. Quels sont les enjeux actuels de la santé à l'école, au service des élèves et de leur réussite ? Les débats sont vifs, et le SNICS FSU, syndicat majoritaire, a souhaité publier ce rapport, rédigé sous l'angle du droit, de l'expérience de terrain, et de la connaissance des attaques contre ce régime que l'on voudrait cadenciser pour lui donner des attributs de rentabilité. Le SNICS FSU est prêt à tout débat, mais s'il respecte le cadre du droit. D'où ce rapport, pour prendre le temps d'expliquer.
5. Le SNICS FSU rappelle le cadre fondamental (Chap. 1) et, après un rappel historique (Chap 2), il étudie les principaux rapports publiés ces dernières années (Chap. 3). Sur cette base, il peut alors définir les pistes d'amélioration et expliquer ses propositions (Chap. 4).

Chapitre 1 – LE CADRE FONDAMENTAL

6. Comment organiser la santé à l'Ecole, comment faire le bilan, comment déterminer des pistes pour l'avenir ? Le débat est large, mais il ne part pas de rien, car cette santé en milieu scolaire s'inscrit dans un cadre juridique fondamental (I) dont se dégagent des principes constitutifs (II).

I – UN CADRE JURIDIQUE FONDAMENTAL

7. L'éducation est d'abord le choix des parents (A) et l'Etat vient en relai pour garantir les droits de l'enfant (B), en définissant une politique sanitaire et sociale en faveur des élèves (C).

A - L'éducation, un choix des parents

8. L'éducation est d'abord le choix des parents, via l'autorité parentale, qui laisse une large marge de manœuvre, tant que les décisions prises ne font pas apparaître le danger pour l'enfant qui justifie l'entrée en jeu du juge pour enfants.
9. C'est le jeu de l'article 371-1 du Code civil :

« L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant.

Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne.

L'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques.

Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité ».

10. Ce droit est borné par l'article 375 du Code civil, sur l'enfant en danger :

« Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice ».

11. Et entre les deux ? L'Etat est impliqué, tenu par le critère supérieur de l'intérêt de l'enfant, notion introduite en 1989 par la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant et consacrée par le Conseil d'Etat et la Cour de cassation.

B - L'Etat, relai pour garantir les droits de l'enfant

12. La majorité reste, avec son effet de seuil, mais l'essentiel est la construction progressive de la personnalité, et les droits de l'enfant naissent avec son premier souffle.
13. Ainsi, cet accompagnement de l'enfant est d'abord une affaire de liberté individuelle, forgée dans l'intimité de la vie familiale : l'Etat préserve l'exercice de cette liberté, et s'abstient d'interférer dans les choix des parents.

14. Mais, à côté de cet espace pour cette liberté, l'enfant a des droits, c'est-à-dire qu'il est en mesure d'attendre de l'Etat une garantie de réalisation effective de ses droits. La liberté sans la solidarité, c'est la loi du plus fort ou du plus riche, et le droit réintroduit des correctifs forts à cette liberté débridée pour assurer un accès effectif aux droits pour tous. Pour ne citer qu'un texte, le SNICS FSU met en exergue l'article 11 du préambule de la Constitution de 1946, qui fait partie de notre droit positif :

« La nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

15. Ce devoir de l'Etat est un enjeu essentiel, qui ne se discute pas.

C - Une politique sanitaire et sociale en faveur des élèves

16. Guidé par ces principes, le législateur a fait depuis près de quatre-vingt ans, le choix d'une politique sanitaire et sociale en faveur des élèves sous la responsabilité et la gouvernance du Ministre de l'Education nationale car indissociable du projet éducatif et de l'émancipation de l'élève.
17. Cette politique inclut une dimension sanitaire, de prévention et de détection des pathologies, exercée par le médecin scolaire en lien avec les parents, la Protection Maternelle et Infantile, le médecin traitant... Mais la dimension essentielle est celle de l'émancipation de l'élève dans le cadre du projet éducatif.
18. Les infirmières se trouvent au premier rang, car elles sont implantées dans les établissements en contact direct et quotidien avec les élèves. Elles constituent le premier des réseaux, avec le chiffre insuffisant mais très significatif avec de 7816 ETP, ... et surtout car ce rôle émancipateur de construction de la personnalité est la base du métier d'infirmière. Le résultat est tangible : les infirmières assurent 18 millions de consultations chaque année.
19. Le texte de référence est l'article R. 4311-2 du CSP :

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;

3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

4° De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage ».

20. C'est cela la définition fondamentale de l'infirmière, et dès lors le SNICS FSU ne demande rien d'autre que la pleine application de ce texte, qui date de plus de quarante ans. Être pleinement infirmière, ce n'est pas soulager l'emploi du temps des médecins, c'est assurer cette mission que personne d'autre ne sait remplir.

21. L'annexe « référentiel d'activités » jointe à l'Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, retient la définition suivante du « métier infirmier » :

« Évaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins ; concevoir et définir des projets de soins personnalisés ; planifier des soins, les prodiguer et les évaluer ; mettre en œuvre des traitements.

Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé, ils contribuent à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie. Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration ».

22. Cette fonction s'exerce, quand il faut, sur prescription médicale, mais d'abord et avant tout dans le cadre du rôle propre, qui couvre l'ensemble des actes infirmiers.

Article R. 4311-3 CSP

« Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux

dispositions des articles R. 4311-5, R. 4311-5-1 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers ».

23. Dans le cadre du rôle propre, l'infirmière exerce sa liberté de prescription.

Article R. 4312-33

« Dans le cadre de son rôle propre et dans les limites fixées par la loi, l'infirmier est libre du choix de ses actes professionnels et de ses prescriptions qu'il estime les plus appropriés.

Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses actes professionnels et ses prescriptions à ce qui est nécessaire à la qualité et à la sécurité des soins.

Il tient compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différents soins possibles ».

24. Si elles assument la technicité des actes, les infirmières se passionnent pour construire leur travail autour des fondateurs quatorze besoins identifiés et théorisés par l'infirmière Virginia Anderson :

« 1) respirer ; 2) dormir, se reposer ; 3) boire et manger ; 4) éliminer (selles et urines) ; 5) se mouvoir et se maintenir dans une bonne posture 6) ; se vêtir et se dévêtir ; 7) maintenir la température dans les limites normales ; 8) être propre, soigner et protéger ses téguments ; 9) éviter les dangers ; 10) communiquer avec ses semblables ; 11) agir en fonction de ses valeurs et ses croyances ; 12) s'occuper en vue de se réaliser ; 13) se récréer ; 14) apprendre ».

25. Ce rappel des bases permet au SNICS FSU d'affirmer que permettre cet accomplissement de la personne, soit donc l'émancipation de l'enfant, est la vraie base du métier, de telle sorte qu'il ne s'agit pas de la définir mais de donner les moyens pour une pratique effective.
26. Cette mission d'émancipation assurée, s'ajoute le volet purement sanitaire, et les infirmières ont toujours été disponibles pour prendre leur part, mais cette part n'est assurément pas la vision d'une « aide-médecin », qui est non seulement régressive, mais illégale au regard des textes rappelés.
27. Dans les faits, le SNICS FSU se félicite de la manière dont l'Etat a mis en œuvre ces principes. Globalement, le SNICS FSU est dans une posture de revendications pour parvenir à une pleine application des principes posés par le droit.

- 28.

II – LES AXES DE LA POLITIQUE DE SANTÉ POUR LES ÉLÈVES ET LES ÉTUDIANT.ES

29. Les textes définissent une politique éducative de santé centrée sur la réussite scolaire (A) ce qui donne un cadre législatif contraignant en faveur de l'égalité des chances (B).

A - Une politique éducative de santé centrée sur la réussite scolaire

30. A l'Education nationale, les infirmières du corps spécifique de l'Education nationale sont recrutées par voie de concours pour promouvoir la santé à l'Ecole et ainsi contribuer à la réussite scolaire des élèves et des étudiant.es.
31. Le concept de « Santé à l'Ecole », terme reconnu par l'institution, est né du terrain, c'est-à-dire par la pratique infirmière en réponse aux demandes particulières et grandissantes des élèves et étudiant.es, et s'adressait aux infirmières. Cette compétence sollicitée ne résulte pas d'un plan ou d'une revendication, mais de la simple réalité : les élèves viennent consulter l'infirmière. Aussi, d'emblée la pratique infirmière est bien différente du service de d'hygiène ou de Santé scolaire. Il s'agit là de missions de santé publique, missions encore inscrites dans le Code de la santé en termes d'obligation pour les médecins. Or, cette confusion qui ne repose que sur les intentions et non les textes, reste hélas marquante, et le SNICS FSU déplore qu'elle soit de manière récurrente la source d'inspiration des pouvoirs publics.
32. La politique de santé publique est une chose, et la politique de santé à l'Ecole une autre. Historiquement, la différenciation a été faite, et le SNICS FSU souligne que les bases légales et organisations sont saines, et avec de bons résultats. Simplement, il est hors de question de remettre en cause ces acquis pour des déficits d'organisation médicale.
33. L'établissement est le lieu essentiel pour mettre en œuvre cette politique et les infirmières en sont le pivot. Les effectifs restent insuffisants (7816 ETP devant élèves), ce qui entrave l'exécution des tâches attendues. Néanmoins, les principales missions sont assurées malgré le manque notable d'infirmières. Les infirmières font face à un renouvellement et à un accroissement des demandes des élèves, dans un contexte de santé publique dégradée.
34. L'activité des infirmières, analysée par le SNICS FSU en 2018/2019, témoigne de leur forte participation à la réussite scolaire des élèves. (Cf annexe 1)
35. En marge de ce travail collectif remarquable, apparaît de manière récurrente un aspect litigieux, à savoir la visite médicale obligatoire des enfants dans leur sixième année, réalisée soit par un médecin de l'Education nationale soit par un médecin choisi par la famille. En effet, elle n'est assurée en moyenne que dans 18 % des cas, avec de très fortes disparités régionales, ce qui est inadmissible.
36. Le SNICS FSU déplore cette inapplication de la loi, et la facilité avec laquelle cette illégalité est admise, alors qu'il s'agit précisément d'un des droits de l'enfant dont l'Etat est le garant. Force est de constater que le corps médical a vite trouvé l'accord de l'administration pour ne pas appliquer la loi. Ce faisant, l'administration s'expose à des recours en justice ou des réprimandes internationales. Il est inacceptable que ne soit pas mis en œuvre ce volet de santé publique, ce qui passe par une planification, une communication, un recrutement de médecins scolaires et la mobilisation des médecins libéraux sur la base d'une information adaptée.

C - Un cadre législatif contraignant en faveur de l'égalité des chances

37. Le SNICS FSU passe une partie de son temps à dénoncer et rectifier des politiques de confusion, qui ne visent à rien de moins que détourner les infirmières de leur action pour en faire des aide-médecins, voire des secrétaires médicales, pour palier la rareté des médecins scolaires.
38. Il doit donc être rappelé que, légalement, l'infirmière exerce dans le cadre du rôle propre ou sur prescription médicale, et aucun texte ne prévoit cette fonction infirmière d'aide-médecin. Aussi, le SNICS FSU agira toujours pour le respect du cadre légal.
39. Le SNICS FSU est d'autant plus déterminé qu'en dehors des règles professionnelles, la politique de santé scolaire est inscrite dans la loi, avec des principes fondamentaux qui donnent le cap pour toutes les législations et réglementations. Il s'agit des articles L. 111-1 et L. 121-4-1 du Code de l'éducation, qui imposent un but spécifique à savoir la mobilisation des élèves pour leur réussite, avec des moyens nécessaires.
40. Il faut lire ces textes, dont le contenu est particulièrement fort, autour d'une éducation qualifiée légalement de « première priorité nationale » :

Article L. 111-1

« L'éducation est la première priorité nationale. Le service public de l'éducation est conçu et organisé en fonction des élèves et des étudiants. Il contribue à l'égalité des chances et à lutter contre les inégalités sociales et territoriales en matière de réussite scolaire et éducative. Il reconnaît que tous les enfants partagent la capacité d'apprendre et de progresser. Il veille à la scolarisation inclusive de tous les enfants, sans aucune distinction. Il veille également à la mixité sociale des publics scolarisés au sein des établissements d'enseignement. Pour garantir la réussite de tous, l'école se construit avec la participation des parents, quelle que soit leur origine sociale. Elle s'enrichit et se conforte par le dialogue et la coopération entre tous les acteurs de la communauté éducative ».

41. Parmi toutes les politiques publiques, la loi affirme l'éducation comme « priorité nationale ». C'est un cas rare où une politique est consacrée, en elle-même, comme une obligation juridique. Ce texte est remarquable, et honore l'idée d'une république sociale qui conjugue la liberté, la solidarité et la primauté des droits de l'enfant. Ce ne sont pas des mots vains.
42. Vient en appui, l'article L. 121-4-1, dont le II est consacré à la « mission de promotion de la santé à l'école » :

Article L. 121-4-1

« I.-Au titre de sa mission d'éducation à la citoyenneté, le service public de l'éducation prépare les élèves à vivre en société et à devenir des citoyens responsables et libres, conscients des principes et des règles qui fondent la démocratie. Les enseignements mentionnés à l'article L. 312-15 et les actions engagées dans le cadre du comité prévu à l'article [L. 421-8](#) relèvent de cette mission.

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 physique ou psychique 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 personnels médicaux, infirmiers, assistants de service social et psychologues de l'éducation nationale, travaillant ensemble de manière coordonnée.

Elle est conduite, dans tous les établissements d'enseignement, y compris les instituts médico-éducatifs, conformément aux priorités de la politique de santé et dans les conditions prévues à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique, par les autorités académiques en lien avec les agences régionales de santé, les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie concernés. Elle veille également à sensibiliser l'environnement familial des élèves afin d'assurer une appropriation large des problématiques de santé publique.

Des acteurs de proximité non professionnels de santé concourent également à la promotion de la santé à l'école. Des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé ».

43. Cet article L. 121-4-1 du Code de l'éducation est complété par l'article L 541-1 du même code qui, lui aussi, place les actions de promotion de la santé dans un champ plus holistique que celui des seuls examens de santé.

Article L. 541-1

« Les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'éducation nationale. L'ensemble des personnels de la communauté éducative participe à cette mission, assurée en priorité par les personnels médicaux, infirmiers, assistants de service social et psychologues de l'éducation nationale, travaillant ensemble de manière coordonnée. A ce titre, les élèves bénéficient, au cours de leur scolarité, d'actions de prévention et d'information, de visites médicales et de dépistage obligatoires, qui constituent leur parcours de santé dans le système scolaire. Les élèves bénéficient également d'actions de promotion de la santé constituant un parcours éducatif de santé conduit dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 121-4-1. Ces actions favorisent notamment leur réussite scolaire et la réduction des inégalités en matière de santé ». (...)

44. Ce texte oblige l'Etat et les agents publics à mettre en œuvre trois principes forts :

- La politique de santé des élèves est un élément de « l'éducation à la citoyenneté », préparant les élèves « à vivre en société et à devenir des citoyens responsables et libres » ;
- Le champ de la mission de promotion de la santé à l'école est large, à savoir l'environnement scolaire, les connaissances des élèves à l'égard de leur santé, la participation à la politique de prévention sanitaire, les examens médicaux et les bilans de santé, la détection précoce des problèmes de santé qui peuvent entraver la scolarité, l'accueil- le suivi et l'accompagnement, et également la participation à la veille épidémiologique.
- L'objectif profond est la réussite scolaire et la réduction des inégalités en matière de santé.

1. Le SNICS FSU est fermement défenseur de ces principes. Souvent on lui oppose ses revendications, jugées excessives ou irréalistes, alors qu'il ne fait que rappeler ce cadre légal fondateur, qui n'est pas une décoration idéaliste, mais un texte concret à mettre en œuvre.
2. A ce titre, le SNICS FSU déplore le rapport de la Cour des Comptes de 2020¹ et la manière dont ce rapport est mis en avant, comme s'il s'agissait désormais de se contenter de le mettre en application. En réalité, ce rapport a focalisé sur le taux de réalisation de la visite médicale de la 6^{ème} année, soit le fameux taux national de 18 %. Certes, c'est une question à traiter, comme un point technique, mais ce n'est qu'un champ de la promotion de la santé à l'école. La Cour de Comptes, tout à sa manie gestionnaire libérale, a deux fois ignoré la loi : en évacuant le cadre de principe des articles L. 111-1 et L. 121-4-1 du Code de l'éducation qui fonde la mission de l'Etat auprès des élèves, et proposant – rien de moins – que les infirmières renoncent à ces articles fondateurs et au cadre de la profession d'infirmière, pour devenir cette réalité hors-sol qu'est l' « infirmière aide-médecin », bafouant au passage tout le travail sur consultation assuré par les infirmières. La Cour des Comptes ne s'est pas même interrogée sur la performance ou l'efficacité de ces systèmes de dépistages de masse, pourtant contestés de toute part.

¹ Cour des Comptes, Contribution à l'évaluation de la médecine scolaire, 2020, à l'initiative du groupe parlementaire « Santé à l'Ecole » présidé par un ancien médecin scolaire.

3. Au final, le législateur peut rompre avec cette politique globale en faveur de la réussite scolaire et de la réduction des inégalités en matière de santé portée par l'ensemble de la communauté scolaire, dotée d'équipes pluri professionnelles complètes autour de l'élève, en la diluant dans un vaste champ politique de santé publique confié aux collectivités territoriales. Mais il faudrait alors réécrire la loi, et en assumer d'une part le coût politique, et d'autre part le risque juridique, car l'abandon de cette politique publique légalisée exposerait à des recours en droit international et en droit européen.

Chapitre 2 - HISTORIQUE : DU SERVICE D'HYGIÈNE SCOLAIRE AU DÉVELOPPEMENT DU CONCEPT DE SANTÉ À L'ÉCOLE

4. Depuis 1945 et sans discontinuer, des infirmières sont en poste dans les établissements scolaires, sous l'autorité hiérarchique des chefs d'établissement, contrairement à ce qu'avance la Cour des comptes dans l'historique erroné de son rapport.

1965 : Un corps spécifique

5. D'abord nommées dans les lycées professionnels et les internats, leur corps spécifique a été créé par le décret du 10 août 1965, les maintenant sous la responsabilité de l'Education nationale et sous la hiérarchie des chefs d'établissement.

1978 : Le premier texte de missions

6. Dans le même esprit que la déclaration ALMA ATA, l'année 1978 a vu la première rédaction d'un texte de missions de ces infirmières nommées dans les établissements du second degré, texte mettant l'accent sur les soins, l'hygiène, la sécurité, mais également sur la prévention. Une circulaire du 18 mars 1978 définit les fonctions de l'infirmière technicienne de la santé et ses missions éducatives auprès des jeunes, à savoir des missions qu'elle assume de sa propre initiative ou dans le cadre des activités organisées par les enseignant.es, en accord avec le chef d'établissement.

1982-1984 : La dissolution du service de santé scolaire

7. Si, en 1982, la circulaire dite de « Bagnolet » redéfinit les missions de la santé scolaire en proposant une structuration médico-centrée toujours implantée depuis 1945 dans les Centres Médico Sociaux (CMS - coopérations autour du médecin pour réaliser des visites de dépistage déjà non effectuées à 100% à l'époque...), ce n'est pas « sous la pression des organisations syndicales » que le service de santé scolaire a été supprimé, comme le prétend la Cour des comptes. C'est le gouvernement qui, en 1984, prononce la dissolution du service de santé scolaire en suivant les conclusions de la représentation nationale qui considérait ce service comme « obsolète, inefficace et inadapté à l'école et à l'évolution de l'état sanitaire des jeunes ».

1986 : La charte d'Ottawa et la dimension internationale

8. En 1986, la charte d'Ottawa vient conforter l'approche singulière et les actions des infirmières de l'Education nationale. Alors que le monde entier est confronté à l'épidémie du SIDA et à une jeunesse qui exprime un certain mal-être, l'Education nationale réaffirme et conforte la place des infirmières de l'Education nationale et leur rôle principalement éducatif, notamment en matière d'éducation à la sexualité, ainsi que l'importance de l'accueil et de l'écoute des jeunes.

1989 : La Convention internationale des droits de l'enfant et la libre consultation

9. En 1989, la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) reconnaît le jeune comme un sujet de droit et vient renforcer le droit des élèves à consulter une

infirmière pour quelque motif que ce soit, sans consentement parental préalable. C'est une fonction majeure du métier, déjà consacrée par la loi, qui bénéficie désormais d'un cadre international.

10. De fait, le rapport de la Cour des Comptes en 2011 reconnaît que la médecine scolaire occupe donc dans notre pays une place singulière au sein de l'école : « le choix qui a été fait en France d'une médecine relevant de l'État et intégrée au ministère de l'éducation nationale ne se retrouve pas dans d'autres pays », même si au Royaume-Uni, où la santé scolaire relève de l'autorité locale, le ministère de la Santé recommande d'avoir au moins une infirmière scolaire pour chaque établissement secondaire et les écoles qui en dépendent. Le choix français repose sur l'idée que cette totale intégration au sein de l'école garantit que l'institution et les communautés éducatives prennent en compte les problèmes de santé des élèves ».
11. Les infirmières de l'Education nationale ont toujours été attachées à répondre en premier lieu aux besoins des élèves, en progression constante. Un autre des piliers de leur action a aussi été d'agir en tant que conseillères de santé - une base du métier infirmier - afin de sensibiliser et responsabiliser l'institution scolaire et l'ensemble de la communauté scolaire (parents y compris) sur l'importance de la prise en compte et de la réponse aux besoins et demandes de l'élève en matière de santé. Ainsi, lutter contre les inégalités au service de la réussite scolaire, tout en favorisant le développement d'actions de promotion de la santé et de prévention à même d'agir sur les déterminants de santé, constitue une participation aux politiques de santé publique.

1991 : Intégration des médecins de l'ex-service de santé scolaire

12. En 1991, l'intégration des médecins de l'ex-service de santé scolaire, précédés des infirmières de ces services, pour répondre aux besoins grandissants de l'Education nationale en matière de santé, se fait sans formation spécifique contrairement à ce qui était convenu et aurait été nécessaire. C'est à cette période que sont créés les postes « mixtes » pour les infirmières (collège public et son secteur de recrutement du premier degré public).

2001 : Fin du Service de promotion de la santé

13. En 2001, devant le constat de non-opérabilité du Service de promotion de la santé et de la confusion générée en matière de responsabilité de la santé des élèves entre la hiérarchie de l'Education nationale et un service qui fonctionnait en parallèle, il est mis fin à ce service.
14. Le vécu parfois difficile de ces professionnels de santé plongés sans formation adaptée dans un service public d'éducation entraîne une forme de repli réactionnel et de confusion quant au sens de leur recrutement.
15. A titre d'exemple, l'académie de Dijon sera, en 2008, la dernière académie à établir des cartes des emplois affectant les infirmières dans les établissements scolaires et les médecins dans les DSDEN. Il y persiste encore en 2023 une pratique des centres médicaux scolaires (CMS) comme lieux d'affectation et de travail « obligatoires » des infirmières, pour y effectuer principalement des tâches administratives avec des documents et des pratiques de secrétariat datant au mieux de 1980 (fiche de

renseignement, lettre au médecin, avis aux famille, tri des dossiers par classe, absence de numérisation etc).

Tensions Infirmières/Médecin du fait du non-respect des compétences

16. Cette acculturation génère des freins au changement et une forme de protection des pratiques professionnelles antérieures conduites dans les CMS, engendrant des tensions professionnelles entre médecins et infirmières de l'Education nationale.
17. Alors que les médecins ne considèrent l'infirmière que dans le cadre du champ médical, comme auxiliaire médicale ou « aide médecin », l'infirmière de l'Education nationale se retrouve à devoir défendre et justifier ses missions et actions réalisées sur la base de l'art infirmier et du rôle propre, et principalement sa mission d'accueil et d'écoute des élèves à leur demande.
18. Sur le terrain, les relations et collaborations entre médecins et infirmières existent et sont qualifiées de « bonne qualité »², guidées par l'intérêt de l'élève. Les représentants des médecins de l'Education nationale ne les envisagent que par le prisme de la subordination (ou d'un lien de fonctionnalité). Ils n'auront de cesse de décrier et fantasmer l'accaparement de la santé des élèves par les infirmières.
19. Nourri par la logique de domination, il persiste, dans la construction idéologique de certains médecins, minoritaires mais influents, l'idée que la « bonne ou gentille infirmière » aide le médecin. L'infirmière qui défend et affirme son expertise professionnelle et ses actions basées sur le rôle propre infirmier comme d'égale importance au bénéfice de l'élève et de sa réussite scolaire est considérée comme la « méchante affranchie ».
20. Ce vécu parfois concurrentiel des médecins a pu les amener à vouloir réduire le rôle infirmier dans les établissements pour augmenter leurs actions dès lors qu'elles s'inscrivent dans le champ médical. Ils ont ainsi qualifié péjorativement de « bobologie » l'action des infirmières, alors même que les besoins et demandes des élèves grandissaient, et qu'elle permettait l'amélioration de la détection précoce des problèmes sociaux et de santé entravant la réussite scolaire.

Le rôle propre méconnu

21. Depuis de nombreuses années, les représentants des médecins de l'Education nationale et l'ordre des médecins refusent et attaquent l'élargissement des compétences infirmières basées sur le rôle propre, comme la capacité de l'infirmière à orienter l'élève et sa famille vers un autre professionnel de santé (médecin traitant coordonnateur des soins, dentiste, psychiatre ou psychologue, nutritionniste...) sans passer par l'aval du médecin de l'Education nationale, alors même que leur expertise spécifique n'est pas nécessaire pour apporter une réponse à la problématique de l'élève, oubliant que les compétences infirmières sont légales.

Il en va de même de la capacité de délivrance de la contraception d'urgence (BO n°15 du 12/4/2001 et décret 2016-683 du 26 mai 2016), des contraceptifs, des préservatifs et des médicaments dits d'usage courant. L'arrêté du 03 novembre 2015 est attaqué de toutes parts par le corps médical (ordre des médecins, académie de médecine,

² SNAMPSEN- enquête auprès de 184 médecins en novembre 2021 : qualité des relations interprofessionnelles : « très bonne ou satisfaisante » 74% ; « Problématique » 5%.

représentants des médecins de l'Education nationale, groupe parlementaire santé à l'école etc.), non pas qu'il empêche la collaboration entre médecins et infirmières, prévue et encadrée avec précision, mais bien parce qu'il renforce le rôle propre et la responsabilité de l'infirmière au bénéfice de l'utilisateur, sans nécessité de coordination médicale.

2007 – Nouvelles visites médicales à 9, 12 et 15 ans

22. La loi 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance avait ajouté (sans concertation, ni argumentation), en plus de la visite médicale de la sixième année qui est ancienne, des visites médicales obligatoires à 9, 12 et 15 ans dont la mise en œuvre s'est avérée impossible. Tenant compte, entre autres, des travaux et avis du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) de 2011 à 2013³, les examens de santé réalisés dans le cadre scolaire passent de 4 à 2, dont une seule visite médicale.

2013 – Retour à une seule visite obligatoire, à 6 ans

23. La loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République n°2013-595 du 8 juillet 2013 impose uniquement l'obligation d'une visite médicale (art 6) : « Au cours de la sixième année, une visite comprenant un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage est organisée », et d'un « dépistage infirmier » lors de la douzième année. Pourtant conscients des problèmes de recrutement des médecins et des difficultés de régulation de l'offre médicale en France, les représentants des médecins de l'Education nationale s'y opposent. Le 2 juillet 2015, le conseil national de l'ordre des médecins publie un communiqué de presse demandant « aux ministres de l'Education nationale et de la Santé de renoncer au projet qui envisage de confier, par arrêté, aux infirmières de l'Education nationale, les visites des enfants de 11 ans car ces visites font aujourd'hui partie des missions des médecins de l'éducation nationale ».

2013 : Le plan d'accompagnement personnalisé (PAP)

24. La [même loi du 8 juillet 2013](#) d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République introduit, à l'article L. 311-7 du Code de l'éducation, le plan d'accompagnement personnalisé (PAP) qui simplifie et fluidifie la mise en place de dispositifs d'accompagnement pédagogique pour les élèves présentant des troubles des apprentissages. Ce dispositif soulage les médecins scolaires puisque leur avis ou expertise ne sont plus sollicités annuellement mais uniquement à la mise en place du PAP. Le médecin constate le trouble des apprentissages et émet un avis sur la mise en place du PAP. Ce plan d'accompagnement est ensuite mis en place et réactualisé annuellement par l'équipe éducative, sous la responsabilité du chef d'établissement ou du directeur d'école. Ce dispositif prévoit également la mise en place d'aménagements d'examens sans (re)solliciter l'expertise du médecin de l'Education nationale.
25. Cette mesure a aussi permis de responsabiliser l'équipe pédagogique sur les aménagements pédagogiques et d'en améliorer l'effectivité (démarche plus concertée, plus adaptée aux possibilités et réalités du terrain).

3 HCSP avis relatif à la politique de santé à l'École-7décembre 2011

2015 : le BO spécial n° 42 du 25 novembre 2015

26. À la suite d'une longue concertation, construite à partir des besoins des élèves et de l'École, aboutissant à un large consensus, le BO spécial n° 42 du 25 novembre 2015 est publié. Il contient une circulaire de politique générale n° 2015-117 qui définit avec précision une politique éducative sociale et de santé en faveur de l'élève, ainsi que l'arrêté du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires et ses annexes, complété par les circulaires n° 2015-118 et n° 2015-119 définissant les missions respectives et complémentaires des médecins et des infirmières de l'Education nationale.
27. Les représentants des médecins appellent alors au blocage de l'application de ces nouveaux textes. Ainsi, en septembre 2016, le Ministère de l'Education nationale se retrouve confronté à un blocage des médecins qui refusent de réaliser ou de transmettre aux infirmières les suivis à effectuer suite aux visites médicales de la 6^{ème} année si elles n'y participent pas, et refusent de voir les élèves orientés par l'infirmière suite à l'examen de la douzième année. Dans ce cadre, une lettre de la Directrice générale de l'enseignement scolaire jette le trouble sur la bonne mise en œuvre des nouvelles orientations. Face à des difficultés de recrutement des médecins, les Recteurs restent dans l'attente et n'osent pas redéfinir le périmètre d'action des médecins au regard de la visite de la 6^{ème} année, pourtant leur mission prioritaire.
28. Le 9 novembre 2016, le cabinet du ministre de l'Education nationale, reconnaissant à la lecture de circulaires (ou projets de circulaires) rectorales que certaines faisaient **« apparaître des organisations méconnaissant fortement celle promue par l'arrêté interministériel »**, rappelle la réglementation en vigueur (cf annexe 2) : *« les médecins de l'Education nationale sont tenus d'assurer les visites médicales de la sixième année, tout particulièrement dans les départements où la couverture des postes est bonne. En cas de manque de médecins de l'éducation nationale, la visite médicale de la sixième année sera, ainsi que le prévoient les textes, assurée par le médecin traitant de l'enfant, choisi par la famille. Il conviendra alors de mettre en place un dispositif permettant de recenser, en accord avec les parents des élèves concernés, les justificatifs certifiant que cette visite médicale a bien été réalisée, et de déterminer l'organisation du recueil des données qui auront été transmises aux parents par le médecin traitant de l'enfant, dans le respect du secret professionnel »*.
29. S'en suivra une attaque de ce texte en Conseil d'Etat⁴ qui, in fine, reconnaît la capacité de l'infirmière en matière de dépistage, l'obligation de la visite médicale d'entrée en école élémentaire⁵ et démontre que l'intérêt de l'élève est respecté et les espaces de collaboration clairement définis. Il apportera cependant une modification permettant de renforcer le respect du secret médical concernant les informations transmises à l'équipe pédagogique, dans un esprit de collaboration pour l'intérêt de l'élève.

2016 : Mise en place du Parcours Educatif de Santé

4 Conseil d'Etat N°395858-4^{ème}-5^{ème} chambres réunies-24 novembre 2017

5 Cf article 2 décret N°91-1195 du 27 novembre 1991.

30. La circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016 vient compléter le cadre existant avec la mise en place du Parcours Educatif de Santé, sous le titre « **A L'Ecole, la santé est l'affaire de tous** ».
31. De la maternelle au lycée, ce parcours éducatif de santé vise à assurer l'éducation à la santé, la prévention et la protection de la santé des élèves en prenant en compte leur environnement et l'articulation entre leurs différents temps de vie. Il favorise l'acquisition de connaissances et donc la littératie en santé par les activités pédagogiques et éducatives qui s'inscrivent dans le cadre des programmes d'enseignement, du socle commun de connaissances, de compétences et de culture, et des éducations transversales. Articulé autour de 3 axes (éducation, prévention et protection de la santé), dans le cadre de l'Ecole promotrice de santé, les infirmières de l'Education nationale ont toute leur place, de par leur rôle de conseillères de santé de la communauté éducative et leurs missions, dans sa déclinaison au sein des établissements scolaires.

2016 : Mise en place d'ESCUAPE

32. 2016 est aussi l'année de la mise en place d'ESCUAPE, dossier médial numérique de l'élève. Après une phase de numérisation des dossiers existants, les secrétaires des médecins scolaires voient leurs tâches administratives nettement soulagées.
33. Pourtant, en 2023, les infirmières sont encore sollicitées sur les tâches administratives et certains Centres Médico-Scolaires travaillent encore avec des dossiers médicaux « papier », y compris pour l'intégration des dossiers confiés aux médecins par la PMI.
34. Le transfert des dossiers lors des changements d'établissement est alors également « confié » aux infirmières depuis leur établissement pour les élèves du second degré et des CMS pour le 1^{er} degré. De même, dans les établissements du second degré, lors des visites médicales pour travaux règlementés, des médecins exigent que les infirmières assurent l'organisation et le secrétariat de leurs visites, voire même réalisent une pré-visite infirmière systématique pour leur permettre effectuer leurs diagnostics.

2017 : Stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022

35. Par décret du 29 décembre 2017, la Stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 a été adoptée, confirmant la volonté d'inscrire la politique de santé de l'enfant dans une démarche globale, incluant la réussite éducative : « La politique de santé de l'enfant doit faire l'objet d'une attention particulière compte tenu de ses effets de long terme sur le développement de l'enfant et sa réussite éducative, ainsi que sur les inégalités sociales ».

2019 : Instruction obligatoire à 3 ans et visite à 4 ans

36. Cet ensemble de textes cohérent n'a pas été remis en cause par l'article 13 de la loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance, qui a apporté une évolution suite à l'instruction obligatoire dès l'âge de trois ans : il ajoute une visite obligatoire à 4 ans dans le calendrier des visites et bilans de santé, avec une coopération renforcée PMI / personnel de l'Education nationale pour le très jeune âge. Suite à cette évolution, l'arrêté du 3 novembre 2015 a dû être complété. Un

projet d'arrêté nous a été transmis le 15 octobre 2020, sans concertation préalable, organisant une refonte du régime existant en lieu et place de la modification de l'article L. 541-1 du Code de l'éducation, ce qui a posé des questions de méthode, de légalité et de cohérence. L'arrêté publié en août 2020 respecte l'esprit et la lettre des orientations de 2015. Ce projet de modification s'appuyait sur une série de rapports et d'études publiées.

2020 : Circulaires encadrant les PAI et L'APADHE

37. En 2020, les circulaires encadrant les projets d'accueil individualisé (PAI) et l'accompagnement pédagogique à domicile à l'hôpital ou à l'école (APADHE) pour les élèves atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période et nécessitant des aménagements ont été revues. Là encore, certaines propositions qui revenaient sur les arbitrages de 2015 ont pu être écartées après discussion et arbitrage du Directeur général de l'enseignement scolaire. Il en résulte une facilitation du parcours des élèves et des familles, et un allègement notable de la charge de travail des médecins de l'Education nationale puisque les PAI sont enfin établis par cycles. Ce dispositif ne nécessite plus leur expertise annuelle (entretien annuel avec les familles et rédaction du document).
38. En revanche, au vu des délégations de tâches « sauvages » observées dans les établissements (secrétariat et gestion administrative, constitution du dossier et information et relance des responsables légaux, mais également signatures et diffusion laissées aux infirmières), le texte explicite clairement le rôle de chacun des acteurs. Ce texte a aussi été l'occasion d'éviter de refaire du PAI le pré-carré d'experts qui viennent, depuis la périphérie de l'Ecole, dicter la « bonne conduite ». Il réaffirme notamment la nécessité d'une démarche concertée (dans le respect des compétences de chacun) et la responsabilité du chef d'établissement et directeur d'école en la matière. Malgré un texte précis, un recadrage par Directeur général de la DGESCO auprès de l'ensemble des médecins conseillers techniques en juillet 2021 et l'annonce d'un recrutement de secrétaires médicales « en tant que de besoin », dans certaines académies la gestion administrative des PAI repose encore essentiellement sur les infirmières. A l'heure de l'explosion des besoins des jeunes, c'est un véritable gâchis en termes de ressources humaines et de qualité de service.
39. Après avoir bloqué leur réalisation par la médecine du travail, il semblerait que des discussions soient enfin ouvertes afin d'obtenir des dérogations pour les avis concernant le travail des mineurs sur machines dangereuses, à propos desquels les syndicats de médecins reconnaissent publiquement que leur participation n'apporte « aucune plus-value pour la réussite scolaire ». L'aboutissement de ces discussions dans les meilleurs délais est souhaité par notre profession qui se retrouve, par le biais d'organisations départementales obscures, mise sous pression pour organiser les visites médicales et réaliser, là encore, une pré-visite infirmière qui éloigne le médecin de l'observation et de l'élève et entrave la qualité de son avis.
40. A notre sens, les problèmes statutaires et de recrutement des médecins de l'Education nationale peuvent et doivent être résolus par des politiques ambitieuses sans que soient détournés les moyens infirmiers et leurs missions au service des élèves. En effet, ce sont des atouts précieux et complémentaires de ceux des autres professionnels, au service de la lutte contre les inégalités sociales et de santé, déterminants majeurs d'une possible réussite scolaire.

41. Les propositions des représentant.es des médecins de l'Education nationale sont pour le moins ambiguës. La « pénurie médicale » est avancée lorsqu'il s'agit de déléguer aux infirmières les actions qu'ils ne souhaitent plus réaliser, mais « il ne faut pas se résoudre à cette pénurie » lorsqu'il s'agit de recentrer leurs actions. Pour exemple, lors des discussions toujours ouvertes sur l'organisation des soins et des urgences dans les EPLE, ils refusent que l'avis du médecin de l'Education nationale ne soit sollicité que "le cas échéant", alors qu'en réalité, ils n'émettent aucun avis. Tout comme ils revendiquent la responsabilité de la pharmacie scolaire alors qu'ils ne délivrent aucun médicament d'usage courant.

2021 - Evaluation et calcul l'IMC

42. Une récente modification de l'article L. 541-1 du Code de l'éducation charge les médecins d'une action supplémentaire :

« Les médecins de l'éducation nationale collaborent avec les centres de santé et les maisons de santé pour la mise en œuvre du parcours mentionné au 7° de l'article L. 6323-1-1 dudit code et au dernier alinéa de l'article L. 6323-3 du même code. A ce titre, ils peuvent orienter les parents ou le représentant légal de l'enfant vers les centres de santé ou les maisons de santé proposant un tel parcours ».

43. Si cet alinéa supplémentaire prend sens et a toute sa pertinence dès lors qu'un médecin de l'Education nationale détecte un élève en situation de surpoids ou obésité, sa rédaction en l'état méconnaît la capacité des infirmières de l'Education nationale à évaluer et calculer l'IMC d'un enfant puis à l'orienter si nécessaire. Ainsi, à l'issue de la réalisation du bilan de la douzième année de l'enfant (ou d'autres consultations) et alors qu'environ 17% des élèves sont en situation de surcharge pondérale, il faudra que l'infirmière et la famille de l'élève passent par la coordination du médecin de l'Education nationale pour bénéficier d'une prise en charge spécialisée. Un non-sens dans la mesure où le recentrage des missions et expertises des médecins de l'Education nationale est appelé des vœux de tous.

Chapitre 3 - LES RAPPORTS ET ETUDES PUBLIES CES DERNIERES ANNEES

44. Ces dernières années, plusieurs rapports et études ont été publiés, dont 5 principaux.

1/ L'Académie Nationale de médecine

45. Le rapport de l'Académie Nationale de Médecine a été adopté le 24 octobre 2017. S'agissant des visites médicales obligatoires, il relève que leur réalisation est loin de l'objectif fixé et masque des disparités locales considérables. Le rapport qualifie la diminution du nombre de médecins scolaires de « dramatique, mettant en péril la prévention en santé scolaire ». Les causes identifiées sont la faiblesse de la rémunération, l'absence de reconnaissance et un travail trop isolé. Le rapport ne propose pas de solutions pour pallier cette « carence actuelle des médecins », et il estime souhaitable que les infirmières reçoivent un enseignement spécifique, sans le définir.
46. Ce rapport peut être qualifié de « léger et superficiel ». Le SNICS FSU a donc adressé un contre rapport à l'Académie de médecine, dénonçant un rapport captieux. (Cf annexe 3)

2/ Le Conseil Economique Social et Environnemental (CESE)

47. Le CESE s'est prononcé par un rapport de mars 2018 : « Pour des élèves en meilleure santé », par J-Fr. NATON et F. BOUVET DE LA MAISONNEUVE. Il conclut que cette ambition n'est pas nouvelle mais que les moyens ne sont toujours pas au niveau et dénonce « un déséquilibre préoccupant entre les principes affirmés et la réalité ». Le rapport relève le nombre « sans cesse plus faible de médecins de l'Education nationale », soit 1035 en fonction au 1^{er} juin 2016. S'agissant des infirmières, il fait état du chiffre de 7600 postes pour 12,5 millions d'élèves, et d'infirmières confrontées depuis 2015 aux nouvelles missions « extrêmement vastes du suivi individualisé des élèves ».
48. Cette présence infirmière constante s'apprécie à travers les 18 millions de consultations infirmières chaque année.
49. Le CESE appelle à renforcer la coordination et l'implication des parties dans les actions de prévention, et formule de nombreuses préconisations. Parmi elles, on relève « faire de la visite médicale de la sixième année le point de départ de la coordination ». Le rapport rappelle le bilan de santé des enfants de 3 / 4 ans effectué dans le cadre de l'école maternelle à la charge de la PMI, qui doit être transféré à la médecine scolaire. Le CESE se focalise sur la visite médicale de la sixième année, moment fort qui permet de faire le relais entre la période antérieure et les actions à mettre en place pour le développement de l'enfant.

Ce rapport est un document intéressant car il apporte une vision plus globale.

3/ Le rapport Jourdan

50. La promotion de la santé des élèves fait partie intégrante de la mission centrale de l'Ecole qui est la réussite scolaire de tous les élèves. L'Ecole au service des élèves doit réussir l'accueil, lutter contre l'exclusion scolaire, favoriser l'intégration de tous et en particulier des enfants et adolescent.es handicapé.es ou fragilisé.es, donner à chacun

des jeunes les moyens qui leur permettront d'avoir accès aux savoirs, mais aussi à l'éducation et contribuer à son équilibre et à son épanouissement.

51. Promouvoir la santé physique et mentale en faveur de tous les jeunes et prévenir toutes les agressions ou conduites pouvant mettre en danger la santé des élèves, doit être une préoccupation constante pour les parents et pour l'équipe éducative des établissements, en concertation permanente avec les réseaux extérieurs.
52. La santé n'est plus perçue aujourd'hui comme une absence de maladie ou d'infirmité mais comme un état de bien-être physique, mental et social. Tous les acteurs de l'Ecole doivent donc participer, en fonction de leur spécificité mais aussi par le biais des complémentarités, à améliorer les capacités des élèves et étudiant.es à mettre en valeur leur propre santé par des choix de comportements libres et éclairés devant le problème auquel ils sont confrontés.
53. C'est dans cette conception de la santé à l'école, qui porte une vision holistique de la santé, que la profession infirmière a accueilli avec un regard attentif et appuyé l'avis de Didier Jourdan sur la santé des enfants et des adolescents en milieu scolaire (mai 2015) ainsi que celui du HCSP, qui ont largement alimenté les débats et dont plusieurs préconisations ont été retranscrites dans la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école du 9 juillet 2013.
54. Cette loi a réaffirmé l'importance de la promotion de la santé comme un élément essentiel de l'éducation de tous les enfants et adolescent.es, constituant un des facteurs majeurs d'une possible réussite scolaire. C'est en même temps un levier pour améliorer la santé et réduire les inégalités au moment où se développent les connaissances et les compétences utiles tout au long de la vie pour pouvoir faire des choix responsables en matière de santé.
55. Cela a amené à instaurer, dès 2014, une gouvernance renouvelée à tous les échelons de l'institution et à installer un comité départemental d'éducation à la santé et à la citoyenneté. La clarification des missions des médecins et des infirmières de l'Education nationale a été déclinée avec précision par les circulaires de 2015 et un arrêté pour les visites médicales et de dépistage obligatoires. Alors que l'infirmière EN-ES est réaffirmée dans un rôle de « pivot » de la maternelle à l'université, de référente de santé de TOUS les Elèves et de l'ensemble de la communauté éducative (parents y compris), l'action des médecins de l'Education nationale est recentrée sur la place de « référent pathologie ». Donc sur leur capacité diagnostique et leur expertise spécifique dans la détection et l'accompagnement des troubles des apprentissages et/ou des élèves à besoins particuliers, pour prévenir et adapter l'Ecole à ces élèves (et non l'inverse). Cette orientation, occultée à partir de 2017, était pourtant clairement définie dès la rentrée 2015 dans la Fiche 41 (Cf annexe 4, extrait ci-dessous)

Fiche 41 : une politique éducative sociale et de santé ambitieuse

Les médecins de l'éducation nationale apportent une démarche clinique qui permet l'identification des difficultés rencontrées par les élèves, l'évaluation des situations pathologiques susceptibles d'entraver leur scolarité, notamment en cas de troubles des apprentissages et/ou des comportements, afin

d'assurer l'orientation et la prise en charge adaptée, ainsi que le suivi en milieu scolaire.

Les attributions des infirmiers-ères sont d'assurer les soins infirmiers préventifs et curatifs ainsi que la prévention des problèmes essentiels que peuvent rencontrer les jeunes (échec scolaire, difficultés relationnelles, harcèlement, mal-être) et qui nécessitent des réponses adaptées et personnalisées, notamment d'écoute, afin de déterminer leurs besoins de santé.

4/ La Cour des Comptes

56. Le rapport de la Cour des Comptes d'avril 2020 « Les médecins et les personnels de santé scolaire » relève lui aussi la carence médicale, soulignant qu'un tiers des postes de médecins sont vacants et que le nombre de médecins scolaires a chuté de 15 % depuis 2013. S'agissant de la visite médicale obligatoire, il chiffre le taux national moyen de réalisation à 18 %, avec de très fortes variations d'un département à l'autre. Le bilan infirmier a progressé pour atteindre 78 % des élèves dans les établissements publics. Le rapport n'évoque pas le renouvellement ni l'accroissement des besoins des élèves, il marginalise la diversité des tâches infirmières effectuées. En se focalisant uniquement sur les statistiques des visites médicales, il conclut à « une performance très médiocre ».
57. Basé sur un historique erroné, pour ne pas dire partisan, le rapport revient sur les arbitrages politiques de 2015 et déplore l'autonomie professionnelle des infirmières. Selon lui, « cette performance médiocre » serait due aux textes régissant les missions des infirmières et celles des médecins ». Il affirme qu'il n'existe aucune autre solution pour que la visite médicale des 6 ans soit effective que de la transférer en partie aux infirmières. Il occulte la différence de compétences et de fonctions entre ces professionnels de santé et appelle à la mise en place d'un protocole national de coopération. Les protocoles de coopération doivent valider de nouvelles compétences et non le transfert aux infirmières de compétences dont les médecins ne veulent plus. Quand la France compte 220 000 médecins et que la santé à l'école est une priorité législative, l'Education nationale n'a réussi à en recruter que 1 000. La Cour des Comptes affirme que ce n'est pas le problème et qu'il suffirait de puiser dans le vivier infirmier pour y remédier.
58. La Cour des Comptes propose de créer un « *service de santé scolaire* », regroupant les infirmières, les assistantes de service social, les psychologues et les médecins. Cette réforme de la structuration de la santé à l'école n'apporterait aucune amélioration à la performance de la visite médicale des 6 ans mais l'orientation politique qui en découle, en éloignant la capacité diagnostic de l'utilisateur et en diluant les responsabilités, aggraverait au contraire les inégalités sociales et de santé.
59. La Cour des Comptes, par ce rapport à charge contre la profession infirmière, témoigne d'une méconnaissance de la réalité d'une profession réglementée du champ de la santé qui ne peut se résumer à une « aide-médecin ». Il n'existe aucun fondement légal pour établir une hiérarchie fonctionnelle entre ces personnels de santé, lesquels exercent en fonction d'actes distincts régis par le Code de santé publique. Frappé par tant de partialité, le SNICS FSU a interpellé la Cour des Comptes par courrier (cf annexe 5)

5/ Le rapport Chauvin (Dessiner la santé publique de demain, 2022)

60. On peut extraire le passage suivant de ce très intéressant rapport :

Le système de santé français, et particulièrement le système de soins, a largement contribué à l'amélioration de la santé de la population, mesurée par différents indicateurs, comme l'espérance de vie à la naissance. Ce système est cependant insuffisamment développé dans son versant santé publique avec pour conséquence des indicateurs de santé peu favorables en matière d'espérance de vie en bonne santé, de santé mentale ou encore d'inégalités sociales de santé. Ce déséquilibre entre les moyens consacrés aux soins et ceux consacrés à la prévention collective, et plus largement, à la promotion de la santé, dans toutes les politiques est source d'inefficience dans l'économie globale des dépenses de santé et dans les dépenses de soins en particulier. Ces constats, comme celui de la faiblesse de l'investissement et du budget de fonctionnement de la prévention institutionnelle qui est resté inférieur à 0,2% de son produit intérieur brut (PIB) depuis plus de 10 ans, ont amené la France à engager une réflexion pour refonder son système de santé publique à court terme.(...)

Malgré l'affichage de la lutte contre les inégalités de santé dans les différentes politiques publiques depuis 10 ans, la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 a montré la fragilité des populations les plus démunies. Par ailleurs, de nombreux indicateurs ne montrent pas d'amélioration dans ce domaine les ressources du système de santé ont été très majoritairement orientées vers les soins. Cependant les constats exposés ci-dessus ont amené à faire de la prévention une priorité dans la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé puis 9 dans la SNS 2018-202210 et sa déclinaison à travers notamment la création du premier Plan national de santé publique (PNSP) en France puis le plan « Ma santé 2022 ». Cette impulsion à elle seule n'a pas suffi à renforcer suffisamment la dynamique générale de santé publique et à traduire dans les faits cet effort voulu pour mettre en place au niveau national comme sur l'ensemble du territoire une politique de prévention à la hauteur des enjeux. L'adaptation de notre système de santé et de santé publique pour atteindre les objectifs exposés ci-dessus reste donc d'actualité et constitue en soi un objectif pour les années à venir.

61. Après cette très pertinente analyse, le rapport forme un certain nombre de propositions.

1/ Développer une culture de santé publique en France

La mise en œuvre d'un plan quinquennal de développement de la littératie en santé avec l'Éducation nationale, les entreprises et les collectivités territoriales (activités périscolaires des communes ...) constituent une priorité. Cet objectif de déploiement des compétences en santé dès le plus jeune âge (dans les écoles primaires) ainsi que tout au long de la vie est essentiel à la réduction des inégalités et au renforcement de la démocratie sanitaire. En mobilisant tous les ministères sur cet objectif et en particulier le ministère de l'Éducation nationale, de la jeunesse et des sports (focus sur les écoles primaires), en lien avec les collectivités territoriales ».

62. Le SNICS FSU est en accord avec cette proposition et demande à renforcer la mise en place du parcours éducatif de santé et affirmer que la santé est l'affaire de tous. En revanche, la priorité au plus jeune âge à moyens constants entraîne des redéploiements de moyens infirmiers du second vers le premier degré pour pallier la carence médicale. On "déshabille" le second degré et les élèves à un moment clé de leur développement et de leur autonomisation en matière de santé. Cette gestion de la pénurie n'améliorera ni la réussite scolaire ni la littératie en santé de la population.

2/ Adapter le système de gouvernance et de financement de la santé publique aux enjeux

Les objectifs de santé publique doivent être partagés avec la représentation nationale. Il est proposé le vote d'une loi de programmation de santé publique quinquennale par le Parlement intégrant une Stratégie nationale de santé (SNS) et un programme national de recherche en santé publique.

63. Le SNICS FSU soutient cette proposition et demande que des financements à la hauteur des enjeux soient attribués au ministère de l'Education nationale. Dans les établissements scolaires, les infirmières ont dû et doivent encore trop souvent faire porter leurs projets par des acteurs associatifs pour bénéficier de financements.

3/ Faire évoluer les structures de santé publique

Mettre en place un Pôle fonctionnel en santé publique sous l'égide d'IFSP pour assurer et piloter la mise en œuvre du programme de recherche en santé publique.

64. Ce rapport pointe également la "fermeture" des travaux aux seuls médecins, il préconise l'ouverture de la recherche en santé publique à d'autres acteurs, et notamment aux infirmières.

4/ Doter la France d'un système de santé publique territorial adapté aux enjeux

« Il est proposé de constituer une force d'intervention territoriale en mobilisant, sous l'égide de l'ARS, les acteurs du soin sur des objectifs d'amélioration des déterminants de santé des populations dans une dynamique contractuelle et sur la base du volontariat. Il est également proposé de structurer, à l'échelon territorial, un réseau des « services de santé publique » et une coopérative d'acteurs du secteur associatif permettant une lisibilité de l'offre de santé publique sur le terrain et le renforcement des capacités d'intervention. Ces interventions de santé publique doivent voir leur dimension participative accentuée au bénéfice de la démocratie sanitaire. Les Conseils Territoriaux de Santé (CTS) doivent évoluer en parlements territoriaux de la démocratie en santé ».

65. Au titre de leur participation aux politiques de santé publique et de leur proximité avec les jeunes (18 millions de consultations), il est important que les infirmières de l'Education nationale et de l'Enseignement supérieur y soient identifiées et y participent. Ce n'est pas le cas à l'heure actuelle. Faute de moyens, les infirmières peinent à sortir de leurs établissements scolaires mais également car leurs missions sont peu identifiées ou reconnues par certains acteurs. A titre d'exemple, le Pass

santé jeune -Bourgogne-Franche Conté n'indique jamais à un jeune (ni à ses proches ou à d'autres professionnels) en recherche de consultation, de conseils ou d'informations qu'il peut consulter librement, gratuitement et sans aucune formalité une infirmière de l'Education nationale directement au sein de son principal lieu de vie... Et ce alors même que les infirmières de l'Education nationale participent très activement à la promotion du Pass auprès des jeunes !

5/ Poursuivre l'investissement dans le numérique en santé pour renforcer les connaissances en santé, la pertinence des interventions et garantir la confidentialité des données

6/ Renforcer la qualification des professionnels de santé publique

La formation en santé publique revêt des contours variables selon que l'on évoque les enseignements académiques et universitaires ou les formations à des fonctions d'administration de la santé.

7/ Développer une recherche en santé publique permettant à la France de jouer un rôle de premier plan en Europe et dans le monde

8/ Renforcer le système d'expertise en santé publique et l'adapter aux situations de crise

9/ Renforcer le système de veille et de sécurité sanitaire et impliquer la population

66. Principe favorisé et respecté par les orientations de la politique éducative sociale et de santé tracées en 2015. Le développement des CESCE doit favoriser la participation des élèves et des parents. Les derniers textes vont dans ce sens mais des efforts sont encore à réaliser pour faciliter la participation des parents (autorisation spéciale d'absence etc.)

10/ Inscrire la santé mondiale comme un objectif du système de santé publique française

67. Le concept d'une seule santé (One Health) reliant santé humaine, santé animale et état environnemental constitue une priorité politique, financière et scientifique en santé mondiale. A l'Education nationale, le développement de la formation des professionnels qui concourent au parcours éducatif de santé devrait permettre d'instruire et de sensibiliser les élèves à ce concept fondamental dès l'Ecole, et par ricochet leurs proches.
68. Ce rapport aborde également l'efficacité des mesures de santé publique recherchée par étayage de la décision, notamment par le recours aux données scientifiques, à la recherche opérationnelle, aux données expérientielles, à la consultation des populations. C'est pourquoi le SNICS FSU appelle à effectuer des travaux de recherche sur le concept de santé en milieu scolaire et à l'évaluation des dispositifs et des pratiques professionnelles actuelles en vue de leur amélioration.
69. Le SNICS FSU préconise un plan d'action reposant sur quelques notions-clés.

70. **Réactivité.** Il s'agit d'insister sur la nécessité d'une consolidation des systèmes d'information descendants et ascendants, scientifiques et populationnels pour éclairer la décision rapidement et favoriser les retours d'expérience. D'où la nécessité de mettre en œuvre la gouvernance rénovée de la politique éducative sociale et de santé à tous les échelons de notre institution, de favoriser la participation des élèves et des parents dès la définition de ces politiques ;
71. **Pluridisciplinarité.** Que ce soit dans la recherche, la formation, l'exercice de l'expertise, la construction des politiques publiques (niveau national, local) et leurs outils de pilotage (ex. Contrats Locaux de Santé), leur évaluation tout comme dans les retours d'expérience, la pluridisciplinarité doit devenir la norme et être inscrite comme telle. La prise en compte de l'expertise des infirmières de l'Education nationale et leur participation aux différentes instances de débat, de démocratie et de décision doivent être favorisées (et effectives) ;
72. **Utilisation optimale des ressources disponibles.** La plupart des structures intervenant dans le champ de la santé publique sont financées par de l'argent public, rendant ainsi l'Etat responsable de son utilisation optimale au regard des objectifs fixés. Le SNICS FSU appelle à l'arrêt des fonctions de suppléance et des glissements de tâches trop souvent observés au sein du service public d'Education, induits par un manque structurel de moyens, entraînant une politique de gestion de la pénurie.
73. Dans sa proposition 19, ce rapport appelle à renforcer les dispositifs favorables à la santé des enfants, des adolescent.es et des jeunes adultes, et notamment :
- Mettre en place, dans chaque région, une contractualisation entre l'État (Préfet/recteur/ARS) et les collectivités territoriales concernant la santé mentale, physique, sociale et le développement des enfants, adolescents et étudiants.
 - Soutenir une politique ambitieuse de promotion de la santé à l'école, dans le secondaire et à l'université par l'engagement d'ici 2023 de l'ensemble des établissements scolaires et universitaires dans une démarche « École Promotrice de santé » de l'Organisation Mondiale de la Santé, et par le renforcement de l'attractivité des métiers de la santé scolaire.
1. Le rapport propose de créer une nouvelle section au sein du Conseil national des universités permettant de reconnaître la spécialité de santé publique pour d'autres professions que les professions médicales. Le rapport préconise de créer des infirmières de santé publique sous statut Infirmière de Pratique Avancée (IPA). Un corps d'infirmières de santé publique peut être pertinent dans certains services médicaux comme la PMI, où les infirmières puéricultrices sont définies comme « l'œil du pédiatre posé sur l'enfant » depuis la création de leur spécialité en 1947.
 2. Le rôle de l'infirmière de l'Education nationale, né lui aussi au sortir de la guerre, ne s'est jamais défini et ne se définira jamais comme "l'œil du médecin de l'Education nationale posé sur l'élève". Cette articulation entre deux professions de santé ne répond pas aux besoins des élèves ni de l'institution scolaire. Compte tenu du sens de recrutement des professionnel.les de santé à l'Education nationale, « la réussite scolaire » de tous les élèves, la seule équipe légitime est l'équipe pédagogique et éducative, contrairement à l'hôpital où le sens du recrutement impose une équipe médico-centrée, donc un principe de hiérarchie fonctionnelle. Sauf à vouloir éloigner

l'expertise diagnostique des médecins de l'Education nationale des élèves et gâcher du « temps médical », instaurer une coordination médicale des actes infirmiers est inutile. La spécialisation par le biais de la pratique avancée n'est pas adaptée à l'exercice infirmier à l'Education nationale. Elle serait même délétère pour le service rendu à l'élève et compliquerait d'autant le parcours et la lisibilité pour les familles.

Chapitre 4 – LES AXES D'AMÉLIORATION ET LES PROPOSITIONS DU SNICS FSU

3. Le SNICS FSU, toujours aux avant-postes de la qualité du service, est force de propositions. Devant un avenir qui peut être décrit comme difficile, le SNICS FSU rétorque en rappelant la solidité du système et ses performances (I). Il faut donc améliorer sans détruire l'acquis, et le SNICS FSU défend les moyens pour une relance d'une politique éducative, sociale et de santé, au service du principe d'égalité (II). Sur cette base, il s'agit de mieux reconnaître, mieux recruter et renforcer les synergies (III).

I - UNE RÉAFFIRMATION DES PRINCIPES JURIDIQUES CONSTITUTIFS

4. Alors que l'enjeu est la réussite scolaire, que la société évolue tous les jours et que les besoins des enfants se renouvellent, dans un contexte globalement marqué par une dépréciation de la santé mentale, le SNICS FSU est naturellement ouvert à toute discussion et ne veut surtout occulter aucun sujet difficile. Dans les développements qui suivent, il aborde ces questions de manière très large, avec le plus grand réalisme.
5. Toutefois, préalablement, il entend poser un principe de légalité, qui normalement n'aurait même pas à être rappelé, sauf qu'il se retrouve remis en cause de manière récurrente.
6. La santé scolaire, au service de la réussite des enfants, n'est pas une page blanche. C'est une mission prioritaire de l'État, encadrée par des principes juridiques particulièrement forts, qui dictent toute la matière. Ainsi, s'il y a discussion - et il doit y avoir discussion - c'est à l'intérieur de ces principes juridiques constitutifs.
7. Le SNICS FSU rappelle que sont en cause deux volets.
8. Le premier est la politique de santé, qui n'est pas libre car elle est désormais définie par la loi, et de plus définie comme la première priorité nationale. C'est l'article L. 111-1 du Code de l'éducation, qui fixe un cadre sans doute ambitieux, mais qui est légiféré. Aussi, la question ne se pose pas de la question de l'attitude à adopter : l'obligation de chacun, administration, agent.e, parent d'élève, partenaire professionnel, est d'assurer une application effective de la loi. Le SNICS FSU affirme clairement une fierté de pouvoir inscrire son action au service de si nobles ambitions, et il a toujours été un partenaire intraitable quand il constate des démarches qui, de manière plus ou moins franche, reviennent en réalité à remettre en cause cette politique fondamentale.
9. Le deuxième volet est la compétence des professionnel.les de santé, qui ne dépend pas non plus de la volonté des un.es ou des autres mais de la loi, avec un régime qui est maintenant légiféré depuis plus de 40 ans, et un décret professionnel particulièrement lumineux, avec l'article R. 4311-2, combiné avec l'article R. 4311-3 qui définit le rôle propre et l'article R. 4312-33 sur la prescription infirmière. Ces notions juridiques fondent la pratique infirmière quotidienne de centaines de milliers d'infirmières depuis plus de 40 ans, et elles se trouvent en corrélation avec les enseignements fondamentaux de la profession. On se trouve à des années-lumière du fantasme de « l'infirmière aide-médecin », notion qui n'a aucun fondement légal et qui ne résulte que de scénari de mauvais films. L'infirmière est une professionnelle

autonome, qui exerce des compétences spécifiques dans le cadre d'un rôle propre qui lui laisse la liberté et la responsabilité de la consultation, du diagnostic infirmier et de ses prescriptions.

10. Ces missions s'exercent de manière remarquable dans une santé publique centrée sur l'émancipation de l'enfant et la réussite scolaire, avec 18 millions de consultations par an, et un service auprès des enfants qui est loué de toute part. C'est donc une richesse professionnelle et sociale exceptionnelle, fondée sur les plus exigeants de nos textes, et le SNICS FSU ne tolérera aucune initiative qui remet en cause ce cadre. Ou alors, si le législateur entend vraiment remettre à bas ces éléments, il faut qu'il le dise clairement et qu'il en assume le coût politique.
11. À cet égard, le SNICS FSU souligne que ces deux cadres juridiques convergents - l'organisation de la médecine scolaire et les compétences infirmières - renvoient désormais à des protections supérieures à la loi, sur le plan constitutionnel, européen et international. Aussi, il est clair que toute atteinte à ces principes justifierait des recours juridictionnels fondés sur ces notions.
12. Le SNICS FSU espère que chacun.e aura la sagesse de s'abstenir, mais il est totalement navré de voir des postures dirigeantes qui soutiennent en substance que ces dispositions législatives sont sympathiques et généreuses mais qu'elles peuvent fonder le droit positif. Aussi, pour éviter des discussions lunaires qui en réalité ignorent ce cadre fondamental, le SNICS FSU pose une question simple : qui, dans le paysage administratif et politique français, soutient que ces principes législatifs fondamentaux ne seraient pas de véritables créateurs du droit, architectes de toute la médecine scolaire et de la réussite de l'enfant ?
13. Le débat est donc ouvert, mais à l'intérieur de ce cadre juridique fondamental.

II - UNE POLITIQUE EDUCATIVE, SOCIALE ET DE SANTE AFFIRMEE

14. La gouvernance, renouvelée, souffre d'une faiblesse politique (A) et le SNICS FSU propose une organisation pour renforcer le service à l'utilisateur.e, avec comme objectif l'accès à la réussite scolaire (B).

A – Une gouvernance rénovée qui souffre d'une faiblesse politique

1/ Une gouvernance renforcée

15. La loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République est renforcée par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé qui affirme la responsabilité de l'Etat en matière de santé et commence par la prévention et l'action sur les déterminants de santé, avec comme principaux outils la promotion de la santé et la prévention « dans tous les milieux de vie, notamment dans les établissements d'enseignement... La prévention collective et individuelle, notamment par la définition d'un parcours éducatif de santé de l'enfant...⁶

6 Loi de modernisation de notre système de santé n°2016-41 du 26 janvier 2016

16. Le BO N° 42 du 12 novembre 2015 apparait comme un cadre complet. Il suit l'avis du HCSP (Haut Conseil de Santé Publique) sur la mission de promotion de la santé en faveur de l'élève qui appelle à redéfinir les missions de la « médecine scolaire », clarifier le rôle de ses personnels, réorganiser la gouvernance et mettre en place une stratégie de formation ambitieuse.
17. En réaffirmant la nécessité de mettre en place une véritable Politique éducative sociale et de santé, au service de la réussite scolaire, comme prérogative pleine et entière du ministère de l'Education nationale, ce texte vise l'amélioration de la coordination, l'articulation et l'évaluation de tous les acteurs au bénéfice de l'élève.

2/ La faiblesse des moyens

18. Si ce cadre législatif et réglementaire est soutenu par 97% des infirmières de l'Education nationale, il souffre principalement d'un manque structurel de moyens et d'un déficit d'application des textes, marqué depuis 2017. Loin d'être de la responsabilité des professionnel.les de santé, c'est bien la résultante d'un défaut d'impulsion politique. Ainsi, les difficultés récurrentes et le malaise des professionnel.les sont pour partie de la responsabilité du Ministre et d'une conception de la santé à l'Ecole médico centrée que son inaction a renforcée. Une collaboration entre professionnel.les de santé existe, sans nécessaire relation de subordination, comme en témoigne l'activité des infirmières (cf annexes 1 et 6).
19. L'application des textes de 2015 a été entravée par défaut de pilotage. La mise en place de la cellule de pilotage, sous la responsabilité des PVS (proviseurs vie scolaire), n'a pas été effective comme elle l'aurait dû dans les académies.
20. Si la pénurie de personnel ou « la charge de travail » trop lourde des proviseurs vie scolaire a permis à certaines académies de s'affranchir de la mise en place de leur cellule de pilotage, il n'en est rien à la DGESCO. Sans impulsion nationale, sans indicateurs ni priorités définies, les cellules académiques mises en place périclitent.
21. Quant aux indicateurs de la LOLF (Loi Organique relative aux Lois de Finances), ils ne prennent en compte que les bilans de la 6^{ème} année, ne permettant ni de faire ressortir les besoins exprimés des élèves, ni de rendre compte de l'activité réelle et de l'apport de chacun des personnels, et encore moins de l'efficacité de la politique mise en œuvre.
22. Contrairement aux différents rapports publiés ces dernières années, les objectifs fixés par la loi ne peuvent se limiter à la réalisation des bilans médicaux de la 6^{ème} année. D'autant qu'il conviendrait d'évaluer l'efficacité et la performance de la réalisation de bilans systématiques, tant en termes d'impact sur la réussite scolaire que d'amélioration de l'état de santé de la population examinée comme l'ont souligné plusieurs rapports⁷.
23. Un autre avantage de la politique éducative sociale et de santé en faveur de l'élève de 2015 est sa volonté de partir des indicateurs de terrain, avec l'établissement scolaire comme échelon primordial et l'organisation d'une « respiration » à tous les échelons

⁷ Rapport Pinville 2011 : Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire.
Rapport SNICS-FSU-sur le devenir de la santé à l'Ecole-mai2023

de l'institution, responsabilisant les acteurs et inscrivant les politiques d'éducation à la santé dans une démarche d'évaluation.

24. L'établissement d'enseignement scolaire est l'un des lieux de vie des élèves et le bassin de vie de ses responsables légaux. Outre l'atout de proximité, il permet de recueillir avec une granularité fine les besoins de santé spécifiques des élèves qui y sont accueillis mais également les besoins de santé librement exprimés lors des consultations infirmières à la demande, outils précieux pour évaluer l'efficacité des politiques menées (projets éducatifs de santé, CESCE, contrats locaux de santé...).
25. Autre atout de l'établissement scolaire, il représente un territoire suffisamment restreint pour mettre en place des partenariats dynamiques et efficaces. En ce sens, la notion de bassin défendue par la Cour des Comptes ne correspond pas au périmètre du milieu de vie de l'enfant ni à celui la communauté éducative. Le maintien du périmètre « établissement » permet une meilleure cohérence et un meilleur suivi 1^{er} degré/collège et collège/lycée.

3/ L'analyse décalée de la Cour de Comptes

26. La Cour des Comptes pointe un défaut de pilotage sans dénoncer le défaut d'application de la circulaire n° 2015-117 du 10 novembre 2015 qui cadre la Politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves. Sous réserve que la DGESCO s'applique à mettre en œuvre et à respecter les textes ministériels à cette fin, son bureau de la santé a subi un turn-over important qui mériterait d'être analysé et partagé avec les organisations syndicales. Ces dernières ont été impactées par les difficultés des ressources humaines et le respect du dialogue social a été laborieux, nécessitant trop souvent l'interpellation du Directeur général pour faire respecter le sens de recrutement des INFENES et les orientations de 2015. En outre, l'intégration du médecin conseiller technique de la DGESCO au sein et sous l'autorité de ce bureau devrait être réalisée.
27. La proposition de la Cour des Comptes de doter le Ministère d'un Conseil de santé scolaire constituerait un doublon non opérationnel avec la cellule nationale et n'apporterait aucune plus-value, d'autant que ce conseil risque de voir resurgir le pré carré d'expert en santé, sans lien véritable avec la communauté scolaire. Le SNICS FSU serait favorable à ce que le Comité interministériel pour la santé serve d'interface, par un rôle de coordination, d'évaluation et d'accompagnement, en y garantissant à minima l'expertise d'une infirmière de l'Education nationale et de l'Enseignement supérieur qui fait actuellement défaut. A l'instar de ce qui a été instauré en 2020 pour la Conférence nationale de santé (CNS), les représentant.es des infirmières de l'Education nationale doivent siéger dans les conférences régionales de santé (CRSA) et être systématiquement convié.es par les ARS à tous les échelons, comme tous les autres acteurs ou professionnels de santé de premier recours auprès des jeunes.

B - Une organisation pour renforcer le service à l'utilisateur : l'accès à la réussite scolaire

28. La départementalisation apparaît comme un leurre (1) et le SNICS FSU s'interroge sur les buts à rechercher (2).

1/ Le leurre de la départementalisation

a/ Une mission de l'Etat, le grand régulateur

29. L'établissement scolaire étant « le cœur du réacteur », c'est là que doit être placé l'ensemble de l'équipe pédagogique et éducative, avec des équipes pluriprofessionnelles complètes.
30. Le SNICS FSU a toujours soutenu et développé la nécessité que l'Ecole soit un lieu de vie et non uniquement de transmission des savoirs. La réussite scolaire dépend d'une pluralité de facteurs, il faut donc réunir, autour de l'élève, des regards, des compétences, des expertises complémentaires afin de parvenir à l'objectif ambitieux de l'Ecole de la République, la réussite scolaire pour toutes et tous.
31. L'égal accès à la réussite scolaire est la colonne vertébrale de notre République, pilier incontournable de l'égalité républicaine, c'est un devoir de l'Etat.
32. En ce sens, le rattachement de la santé à l'école aux collectivités poserait la question de l'égalité de traitement des élèves sur l'ensemble du territoire. Comme le souligne le rapport Pinville, c'est un débat récurrent -1983 /1997 /2003 - qui a toujours abouti aux mêmes conclusions : la politique éducative sociale et de santé doit rester de la prérogative pleine et entière du ministre de l'Education nationale.
33. Si la vie n'est pas une maladie, la santé est l'affaire de tous et particulièrement en matière de réussite scolaire.
34. Il est vrai que les collectivités territoriales ont acquis des compétences en matière de promotion de la santé et ont un intérêt de plus en plus marqué pour la santé des jeunes, ce qui est une bonne chose. Cependant, il convient de différencier le suivi de l'état de santé des jeunes de la lutte contre les inégalités sociales et de santé au service de la réussite scolaire.

b/ L'expérience de la PMI

35. Certains rapports défendent le rattachement aux collectivités comme le seul moyen d'améliorer l'efficacité de la santé à l'école. Or, l'observation de la Protection Maternelle et Infantile, dont le rapport Peyron⁸ souligne à juste titre l'importance, nous démontre que cette décentralisation n'aurait pas l'effet escompté.
36. La loi n° 89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé, demande aux services de la PMI d'organiser des consultations et des actions de prévention médico-sociales en faveur des enfants de moins de 6 ans, notamment en école maternelle.
37. L'enquête Elfe PMI de 2014-2016 met en évidence qu'il n'existe pas de lien entre le taux de pauvreté ou de monoparentalité d'un département et la réalisation de bilans

⁸ Rapport Peyron, Pour sauver la PMI, agissons maintenant, Mars 2019.
Rapport SNICS-FSU-sur le devenir de la santé à l'Ecole-mai2023

médicaux complets, alors que l'on attendrait, dans ces départements, une majoration du taux d'enfants bénéficiaires.

38. L'absence de corrélation entre le taux de bilan médical complet et le budget global du service de PMI pour l'ensemble de ses missions, ainsi que le lien plus faible qu'attendu entre le nombre de médecins ETP et le taux de réalisation de bilans médicaux complets, montrent des stratégies départementales diverses quant à l'allocation des ressources médicales et financières au profit de la réalisation des BSEM (bilans de santé en école maternelle) par les médecins.
39. La PMI est un service départemental dont l'organisation médico centrée peut, selon les départements, se contenter de bilans infirmiers.

c/ Le rapport Peyron

40. Comme le montre le rapport Peyron, le rattachement aux collectivités ou l'organisation de type service médical ne garantissent ni une harmonisation des pratiques, ni une coordination, ni la performance, ni une facilité de recrutement :
 - 6 départements/10 remplissent leurs missions, le bilan de 3-4 ans est réalisé de 51 à 100% avec un effectif médical variant de 1 à 74% ;
 - On note 1936 médecins en 2009 contre 1724 en 2015 soit une baisse de 10%. La densité moyenne des professionnels est de 174/100 000 enfants de moins de 6 ans. Elle est marquée par de fortes disparités : 33/100 000 dans le Maine et Loire VS 331/100 000 pour le Val de Marne.
1. Autre chiffre marquant, les 1700 médecins de PMI réalisent chaque année 700 000 consultations soit 388 consultations par médecin et par an, ce qui représente 1 consultation toutes les 4 h de travail... Cette organisation de type service semble donc entraver la capacité du médecin à exercer une activité diagnostique alors que cette expertise spécifique, fortement qualifiée, est la plus utile à l'utilisateur.
2. Le rapport met aussi en exergue les disparités évidentes de traitement d'un département à un autre.
3. Les moyens mis en œuvre par la PMI relèvent exclusivement de la politique départementale. Ainsi, alors qu'il serait souhaitable que les missions PMI s'exercent en adéquation avec les besoins des populations, elles reflètent surtout les moyens ou les intentions des Conseils départementaux, comme le relevait déjà l'IGAS en 2006.
4. Une des justifications de la décentralisation ou de la départementalisation de la santé à l'école est qu'elle améliorerait « la performance », augmenterait « l'innovation » et, en conséquence, la probabilité de satisfaire et de répondre à l'ensemble des besoins en santé des 12 millions d'élèves.
5. La décentralisation vise à renforcer les services de la PMI, en prise depuis de nombreuses années à des difficultés structurelles (manque de moyens, difficultés de recrutement, disparités territoriales...), par la constitution d'un service de santé de l'enfant tout au long de sa minorité, en réunissant les moyens des PMI et ceux de l'Education nationale. Loin de régler les difficultés, cela risque d'augmenter les

disparités territoriales de prise en charge des élèves et d'affaiblir le lien entre la promotion de la santé, les actions éducatives, les enseignements et l'ensemble de la communauté éducative.

d/ Ne pas refaire les erreurs du passé

6. De façon récurrente depuis 1991, date du transfert difficile des médecins scolaires du ministère de la Santé à celui de l'Education nationale, différents rapports plaident en faveur d'un « véritable service médical de prévention » en dehors des murs de l'école. Très médico-centrées, ces approches ont comme point commun la négation de la dimension éducative de la politique de santé à l'école et du rôle spécifique des infirmières de l'Education nationale, perdant l'objectif premier de la santé à l'école : la réussite scolaire de « tous » les élèves. Ce nouvel élan décentralisateur ignore d'ailleurs qu'un service médical scolaire décentralisé, composé de médecins, infirmières et assistantes sociales, a déjà existé de 1945 à 1984. Lors de sa dissolution, la représentation nationale avait estimé que ce service était « obsolète, inefficace et inadapté à l'école et à l'évolution de l'état sanitaire des jeunes ».
7. Le projet actuel ne rencontre pas l'adhésion des personnels concernés, des élèves, des familles, de la communauté scolaire. Ils sont attachés au cadre ministériel et au caractère national de la politique de santé à l'école car elle est indissociable du projet éducatif de l'élève et de son émancipation, et doit être portée par l'ensemble de la communauté éducative.
8. Enjeu primordial au sein du système éducatif, la santé dans sa dimension physique, psychique, sociale et environnementale est un élément essentiel de l'éducation de tous les enfants et adolescent.es. Elle constitue un facteur important de leur réussite scolaire et éducative. Elle est l'un des meilleurs leviers pour améliorer le bien-être et réduire les inégalités de santé.

2/ Une structuration de type service, dans quel objectif et à quel prix ?

a/ Les compétences des infirmières pour répondre aux besoins de l'élève

9. Le corps médical, soutenu par certaines infirmières conseillères techniques⁹, plaide pour une organisation de type service (appelé aussi pôle « santé » ou élargi au « médico-social ») comme remède aux maux dont souffre la santé à l'Ecole. Le SNICS FSU pense qu'il est important de s'appuyer sur les erreurs du passé pour tenter de ne pas les reproduire, d'autant que la structuration de type service de la PMI ou l'organisation actuelle du service de médecine scolaire n'apportent aucun gage d'amélioration d'efficacité, ni de coordination ou encore de pilotage.
10. L'avenir d'un pays appartient à sa jeunesse et à l'école, pilier de notre République. Les infirmières ont la responsabilité de contribuer à l'éducation des élèves pour leur permettre de trouver leur place dans la société et les préparer au plein exercice de la citoyenneté.

⁹ Sous diverses entités, les associations d'infirmières conseillères techniques ont revendiqué la mise en place, le maintien puis le retour d'une hiérarchie entre infirmière avec un grade statutaire spécifique reconnaissant leur fonction d'encadrement aujourd'hui de « manager » ou de « leadership ».

11. Par leurs missions d'éducation à la santé, en plus des consultations individuelles, elles les aident à développer leur esprit critique, à construire leur autonomie et à élaborer un projet personnel de santé. Elles participent ainsi plus largement à la politique du pays en matière de prévention et de lutte contre les inégalités sociales et de santé.
12. L'adolescence est une période particulièrement sensible. Collégien.nes et lycéen.nes ont besoin au quotidien de ces personnels dans leur rôle d'accueil, d'écoute, d'accompagnement, de suivi individualisé, décliné par 18 millions de consultations infirmières annuelles.
13. C'est dans la réponse individuelle que s'élaborent les stratégies qui mettent l'élève en situation de réussite scolaire. A l'heure du « virage préventif » défendu par Emmanuel Macron, il y a consensus sur la nécessité et la pertinence de la proximité et des lieux de vie pour agir et favoriser la littératie en santé. Sortir les infirmières des établissements et de la communauté éducative est un non-sens.
14. La performance de la santé en milieu scolaire, quant à elle, ne peut se focaliser, comme c'est le cas aujourd'hui, sur le taux de réalisation de la visite médicale de la sixième année de l'enfant.
15. Le risque de cette vision purement statistique est de réduire la promotion de la santé à l'école à des bilans de santé, sans se préoccuper du recours au soin qui doit s'ensuivre si nécessaire, ni de la qualité des autres dispositifs proposés en milieu scolaire. L'histoire de l'ex-service de santé scolaire nous a appris qu'il y a un risque réel à déconnecter la santé à l'école de l'objectif propre du système éducatif.
16. La loi 3DS se heurte aux acteurs de l'école et à un consensus de toute la communauté éducative. En effet, la décentralisation de la santé à l'école ne garantit ni l'amélioration des politiques de santé, ni celle de la réussite scolaire et éducative, creusant au contraire les inégalités, laissant des élèves au bord du chemin, bien loin d'une école inclusive et résiliente.
17. Parce que beaucoup la commentent et que peu connaissent ce qui fonde la santé à l'école, la réalité et la complexité de ce concept restent ignorées. La politique éducative de santé que nous défendons, construite en réponse aux besoins exprimés des élèves dans une approche éducative progressiste, dynamique, démocratique et ascendante de la santé, s'inscrit au carrefour de multiples approches et disciplines au sein de la communauté scolaire.
18. Les services de protection maternelle et infantile et la mission de promotion de la santé à l'école sont donc deux pôles qui servent de façon complémentaire l'amélioration de la santé des jeunes, une priorité reconnue de la Nation qu'il convient de renforcer et non de confondre, même s'il est vrai qu'ils ont des points communs, et notamment la faiblesse l'action publique qui les sous-tend.

b/ Les enseignements du passé

19. A ce titre, la transposition en 1990 dans la Fonction publique d'Etat du protocole Durafour élaboré à partir des besoins de la Fonction publique hospitalière et des structures de l'hôpital sans tenir compte des spécificités et besoins des autres

Fonctions publiques et autres ministères est parlante. La fonctionnalité du 3^{ème} grade d'infirmière (infirmière en chef) qui n'a jamais pu être appliquée dans le système éducatif en est un bon exemple.

20. Les structures mêmes du système éducatif ainsi que les missions des infirmières ne permettent pas qu'il y ait un encadrement de la profession infirmière par la profession infirmière : les infirmières sont placées dans les établissements sous la hiérarchie directe des chefs d'établissement. Ce sont d'ailleurs ces conditions qui ont amené les infirmières de l'Education nationale à construire leur identité professionnelle en réponse aux besoins des élèves, une culture spécifique en corrélation avec l'environnement éducatif dans lequel elles exercent et à réclamer aujourd'hui encore le maintien de l'unité de leur corps.
21. La résurrection d'un service de santé favorisera un fonctionnement de type SILO et le retour au pré-carré d'experts en santé agissant depuis la périphérie de l'Ecole pour y dicter la « bonne conduite ». Ce vécu préexistant de la communauté scolaire entraîne un mouvement de « rejet » ou un sentiment de « prestataires de services » qui n'améliora pas la prise en compte de la santé des élèves à l'Ecole. Il reviendra sur les efforts des 60 dernières années et désinvestira progressivement le système scolaire de sa responsabilité en matière de santé.
22. Les débats sur l'état de santé de la jeunesse, l'inclusion scolaire, la médicalisation de la difficulté scolaire ou l'externalisation de certaines actions éducatives appellent, à notre sens, à renforcer la responsabilité de l'Ecole en son sein et non l'inverse. Sans compter que la médicalisation sous-jacente à cette organisation de type service dans un contexte complexe et tendu de régulation de l'offre médicale accentuera les dérives et glissements de tâches préalablement dénoncés.
23. Des bilans infirmiers seront réalisés en lieu et place du diagnostic médical et du suivi, engendrant un dévoiement de l'universalisme proportionné pour couvrir l'incapacité de régulation ou coordination médicale, au détriment de la qualité du service, notamment pour ceux qui en ont le plus besoin.
24. Si les moyens infirmiers sont focalisés en doublon sur la réalisation de bilans biométriques à la place de visites médicales complètes, les infirmières n'interviendront pas, comme le prévoient les textes actuels, sur le suivi et l'accompagnement des élèves repérés. S'en suivra donc une diminution du recours au soin et in fine un dispositif préventif qui augmentera les inégalités de santé, objectif inverse de celui recherché. Dans son avis relatif à la médecine scolaire¹⁰, le HCSP tient à rappeler que « *le dépistage, loin d'être une fin en soi, ne prend sens que s'il permet d'offrir une prise en charge adaptée* ». Ce qui fait actuellement défaut, c'est le suivi des avis puisque moins d'un tiers font l'objet d'un retour, montrant l'absence de recours au soin.
25. Le système ou les dérives mis en place antérieurement à l'arrêté du 03 novembre 2015, où un dépistage infirmier avait été institué pour se substituer à cette visite médicale, étaient une perte de chances. Perte de chances que l'on retrouve encore dans certaines académies, par le biais de circulaires ou de notes départementales ou académiques parfois finement écrites qui visent à maintenir une organisation de type

¹⁰ Avis du Haut Conseil de Santé Publique relatif à la médecine scolaire du 27 février 2013.
Rapport SNICS-FSU-sur le devenir de la santé à l'Ecole-mai2023

service au détriment des élèves. La situation actuelle de l'académie d'Amiens est éclairante en la matière.

26. Alors que les travaux du HCSP ont permis de recentrer les examens systématiques sur deux âges charnières et que l'arrêté du 03 novembre a réduit à une seule visite médicale obligatoire permettant un meilleur repérage des troubles spécifiques du langage et des apprentissages et un meilleur suivi des élèves, l'académie d'Amiens a, dès 2016, maintenu une organisation de type service, appelé « *réseaux coordonnés de professionnels de santé* » et composé de la secrétaire médico-scolaire, de l'infirmière et du médecin.
27. « *Le Centre Médico Scolaire est reconnu comme lieu de référence du réseau coordonné de professionnels de santé autour de l'enfant scolarisé* », dont la première mission est l'examen médical de la 6^{ème} année. Au lieu de mettre fin à la confusion entre les missions et compétences des différents professionnels de santé comme le prévoient les textes, on la renforce.

c/ Les enseignements d'une étude de terrain

28. Ci-dessous, un extrait du rapport d'activité des infirmières de l'académie d'Amiens - année scolaire 2021-2022

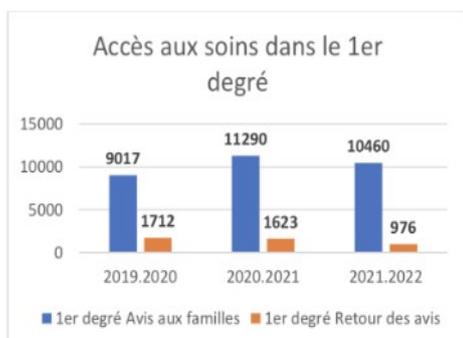
Évolution du suivi dans le premier degré



Focus sur le suivi des C.P

Constat : les élèves de CP constituent le public prioritaire à suivre par les infirmières après la visite médicale effectuée par un médecin au cours de la 6^{ème} année de l'enfant (PMI, médecin scolaire ou médecin généraliste). Malgré le contexte sanitaire le suivi est resté stable.

29. A la lecture de ces chiffres et de leur évolution (à l'exclusion des trois années à partir de 2019-2020 où l'action des infirmières a été très fortement impactée par l'épidémie de COVID19), devons-nous comprendre que jusqu'à 60% des élèves de cette académie nécessitent la mise en place d'un suivi infirmier ?!... C'est faux. Suite à la réaffirmation du caractère médical de la visite de la 6^{ème} année inscrite dans la loi, ce réseau coordonné au niveau départemental a simplement pris soin de contourner la loi en instaurant une visite infirmière au cours élémentaire, « après la visite médicale ». Sous couvert amélioration de la « coordination », ce réseau a recréé une situation antérieure préjudiciable aux élèves et éloigné les infirmières de leurs missions comme en témoigne le faible taux observé de recours aux soins (source id.):



30. Dans cette académie comme dans d'autres, l'application des nouvelles orientations ministérielles a simplement été bloquée sous couvert de pénurie médicale. Si la continuité des soins est difficile sur une très grande partie du territoire français, cela concerne essentiellement les soins d'urgence (qui souffrent significativement depuis 2004 -fin de l'obligation – d'une difficulté de régulation et de coordination de l'activité de garde médicale d'urgence). Selon la DEEP, seuls 8% des Français habitent véritablement dans un « désert médical ».
31. Pour reprendre l'exemple de l'académie d'Amiens, la Somme n'est pas un territoire où l'offre médicale est de faible densité, au contraire... Dans ce département, les médecins de l'Education nationale ne réalisent pas leurs missions prioritaires et organisent une coordination pour les faire réaliser aux infirmières. Cela vaut pour les visites médicales de travaux machines dangereuses, pour les PAP, les PAI etc... Récemment rencontré par notre organisation syndicale, le nouveau Recteur de cette académie s'est engagé à y remédier.

d/ L'absence de corrélation entre le nombre de médecins de l'Education nationale et le nombre d'élèves bénéficiant d'une visite médicale

32. Comme en témoigne le tableau ci-dessous, il n'existe pas de corrélation entre le nombre de médecins de l'Education nationale et le nombre d'élèves bénéficiant d'une visite médicale. La Somme n'est pas le seul département à bénéficier d'une offre médicale suffisante et à ne pas appliquer la loi, ou à se refuser à mettre en place des conventions ou une organisation avec la médecine de ville permettant d'améliorer la réalisation de ces diagnostic médicaux nécessaires à un suivi infirmier ultérieur.

Académie	pourcentage du taux d'occupation des postes de médecins au 30/11/2013	pourcentage du taux d'occupation des postes de médecins au 30/11/2018	taux de réalisation de la visite médicale de la 6e année par les médecins de l'éducation nationale 2018-2019	nombre d'élèves par ETP Médecin alloués en 2018	ETP médecins EN 2023	2020-2023 Médecin Vacataires ETP	Densité de médecins pour 100000 habitants Source : INSEE	Nombre secrétaire médico-scolaire ETP	
								2013-2014	2018-2019
Aix-Marseille	95%	75%	29,7%	7761	70	6,75	381	54,9	36,2
Amiens	72 %	70 %	11,2%	8 449	43,5	1,28	268	27,5	26,8
Besançon	93 %	67 %	17,1%	9 568	22	3,5	291	8,8	8,4
Bordeaux	87 %	75 %	20,8%	10 680	52	6,34	315	3,6	30
Caen	98 %	81 %	27,4%	8 139			288	14,5	15
Clermont-Ferrand	85 %	61 %	23,2%	8 435	26	1,5	291	15	14,9
Corse	83 %	57 %	24,5%	6 797	7	6,24	307	5,2	2,7
Créteil	69 %	43 %	4,2%	9 166	100	0	286	85	77,5
Dijon	91 %	75 %	36,8%	8 634	31	4,34	277	20,6	19,7
Grenoble	86 %	84 %	21,3%	10 040	61	13	311	30,1	28,5
Guadeloupe	54 %	74 %	29,8%	6 210	15	0	289	5	6
Guyane	64 %	63 %	41,5%	10 144	8	1	218	0	3
La Réunion	102 %	88 %	35,1%	6 867	32	0	325	26,1	26
Lille	81 %	61 %	21,7%	11 062	113	11,22	307	78,1	74,6
Limoges	96 %	53 %	6,8%	10 111	10	3	308	6,5	4,5
Lyon	94 %	67 %	26,0%	11 333	59	9,71	324	21,7	22,1
Martinique	78 %	73 %	43,0%	5 882	12	3,2	291		
Montpellier	95 %	87 %	9,7%	9 758	50,5	4,93	325	24,7	22,9
Nancy-Metz	78 %	60 %	21,6%	8 684	46	7,65	286	30,2	20,3
Nantes	96 %	89 %	12,0%	11 333	61	15,15	265	43,1	41,7
Nice	106 %	78 %	24,9%	8 174	44	0	399	15,1	16,1
Orléans-Tours	76 %	54 %	16,0%	11 747	39	9,01	252	21	18,7
Paris	93 %	100 %	poi ville	8 920	23	4,04	858	0	0
Poitiers	88 %	77 %	10,0%	7 276	40,5	1,51	290	13,8	13,3
Reims	55 %	48 %	18,8%	7 810	38	3,02	269	7	8
Rennes	76 %	76 %	16,0%	9 831	61	12,6	314	29,8	31,7
Rouen	57 %	43 %	6,5%	7 423			248	11,7	11,7
Strasbourg	79 %	77 %	17,1%	7 492	41	1,66	345	8,8	9,2
Toulouse	99 %	89 %	19,3%	9 529	54	5,4	301	22,5	30,7
Versailles	80 %	62 %	14,6%	8 565	135	7,19	298	42,4	48,2
Mayotte				8 880			80		
Métropole + 4 DOM	83 %	69 %	18,0%	33 208	1294,5	143,24	310	672,7	668,4

en rouge les académies où les visites médicale de la 6ème année sont assurée par la politique de la ville.

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

33. En France, on dénombre actuellement un peu moins de 725 000 enfants dans leur 6^{ème} année, dont plus de 235 000 pour lesquels la visite médicale est assurée par la politique de la ville. Il reste donc 490 000 visites à réaliser dans la cadre scolaire, sans avoir tenu compte des visites réalisées par les pédiatres et médecins traitants.

34. A raison d'une 1 heure par examen et considérant 1447 h de travail devant élève, il faut 338 ETP de médecins pour atteindre un taux de réalisation de 100%.

35. Vacataires compris, le ministère de l'Education nationale dispose d'un peu plus de 1000 ETP. Avec plus de 200 000 médecins de ville, le SNICS FSU soutient qu'il existe d'autres solutions que de détourner le peu de moyens infirmiers dévolus aux élèves. D'autant que la majeure partie des tâches pour lesquelles les médecins verbalisent la nécessité d'assistance pour "éviter de gâcher du temps médical" relève davantage de compétences de secrétaire ou d'assistante médicale (gestion administrative du planning et des dossiers médicaux, accueil de l'élève et de sa famille, examen biométrique poids, taille, IMC, relevé des vaccinations, carnet de santé, gestion administrative du « questionnaire » enseignants , secrétariat pour suivi et

coordination) que de l'expertise ou des compétences spécifiques de l'infirmière de l'Education nationale.

36. Si les infirmières de l'Education nationale voient leurs missions axées sur les bilans biométriques, quelles missions devront-elles abandonner ? Quid des demandes des élèves ? de l'écoute et du suivi ? de la protection de l'enfance ? du relais en santé mentale ? de l'éducation à la vie affective et sexuelle ? de l'éducation à la santé individuelle et collective ? de la lutte contre le harcèlement scolaire ou les violences sexuelles ? de l'école inclusive ?

La Nation, les élèves, les familles paieront un lourd tribut à la décentralisation ou de la départementalisation de la santé à l'Ecole !

III - MIEUX RECONNAÎTRE, MIEUX RECRUTER ET MIEUX FORMER POUR RENFORCER LES SYNERGIES

37. En se nourrissant des fruits et faiblesses de l'expérience acquise, le SNICS FSU propose une relance concrète en réaffirmant les rôles des professionnel.les (A), en recrutant au bon niveau (B) et renforçant la formation (C).

A - Réaffirmer le rôle, la place et la responsabilité de chacun.e dans le respect des compétences et à partir des besoins des usager.es.

1/ Dépasser le carcan médico-centré

38. Le SNICS FSU appelle à sortir du carcan trop médico-centré dans lequel s'est tout particulièrement enfermé le système de santé français pour de multiples raisons. Ce choix ou cette faiblesse politique, a mené les professionnel.les de santé dans une impasse au détriment des usager.es. C'est ce que pointe le Collège infirmier Français (CIF)¹¹ qui, dans un communiqué en janvier 2023, dénonce les logiques administratives, financières et corporatistes qui dégradent le travail autant que la qualité des soins. La tarification à l'activité (T2A) y est décriée en ce qu'elle occulte les soins infirmiers induits par le rôle propre. Elle a plombé les systèmes de santé, générant un climat d'angoisse et de malaise pour tous les acteurs de santé, et une déshumanisation pour l'usager.e.

2/ Conforter la consultation infirmière

39. Pour le CIF, il convient d'aller plus loin en reconnaissant une véritable capacité de consultation à l'infirmière, en pleine responsabilité, y compris en primo consultation sans nécessité de consultation médicale. Il s'agit de reconnaître aujourd'hui, à l'instar d'autres pays, le rôle propre de l'infirmière et les compétences infirmières inscrites dans le Code de la santé publique, c'est-à-dire sa capacité à émettre un diagnostic infirmier, à soigner et orienter en tant que de besoin l'usager.e au sein du système de santé.
40. Le CIF appelle à « *Refonder le système de santé, en souffrance depuis des décennies, ne serait-ce pas opérer en même temps une réforme des structures de pensées, des concepts de gestion économique qui ont conduit à son effondrement ? Il s'agit de*

¹¹ CIF, communiqué de presse, « Agir ensemble pour répondre aux besoins de santé », 24 janvier 2023
Rapport SNICS-FSU-sur le devenir de la santé à l'Ecole-mai2023

rompre avec des logiques professionnelles passéistes trop médico-centrées en s'appuyant sur l'ensemble des professionnels de santé au rang desquels l'infirmière fait figure de pivot. »

3/ La coopération entre professionnel.les, sans la hiérarchie

41. La relation, la collaboration ou le décloisonnement des relations entre professions dites médicales et infirmières doivent être sortis d'un esprit de subordination (surtout lorsque l'utilisateur n'est pas spécifiquement malade) pour entrer dans un véritable espace de collaboration où chaque expertise et responsabilité professionnelles sont réaffirmées. De façon tout à fait antagoniste aux dilutions de responsabilités que nous observons actuellement, autonomiser et responsabiliser les professionnel.les conduit à l'amélioration de la qualité des soins et des prises en charge.
42. Sortir la relation médecin-infirmière de cette dualité, en réaffirmant la notion d'équipe pluriprofessionnelle complète autour de l'élève réunie au sein de l'établissement par le chef d'établissement ou le directeur d'école, permettra une meilleure articulation des acteurs.
43. C'est pourquoi le SNICS FSU et plus de 97% de la profession à l'issue des dernières élections professionnelles (décembre 2022) ont réaffirmé sans ambiguïté que la place des infirmières reste au plus près des élèves au sein des établissements scolaires sous la hiérarchie administrative des chefs d'établissement, en lien avec l'inspecteur de l'Education nationale de circonscription (IEN auquel l'infirmière doit rendre un rapport annuel depuis 2015) sur le premier degré.
44. Isolés dans les Centre Médico-Scolaire (CMS), les médecins de l'Education nationale gagneraient à renforcer leur présence au sein des écoles et établissements scolaires, tant pour le service rendu aux élèves, à leurs familles qu'au reste de la communauté scolaire. La proximité est à renforcer. La persistance des CMS favorise le sentiment d'abandon et de vécu concurrentiel des médecins. Il faut asseoir les médecins au cœur de l'institution scolaire et non dans un service médical en SILO. A titre d'exemple, il est singulier de voir que le médecin conseiller technique de la DGESCO n'est pas sous la responsabilité du bureau de la santé, son intégration aurait sans doute permis l'amélioration du pilotage dans le respect des orientations de 2015.
45. Nous appelons au renforcement et à la réaffirmation du sens de recrutement et de l'apport spécifique de l'ensemble des professionnel.les de santé réunis autour de l'élève. Le rôle et les missions de chacun.e doivent être clairement définis dans des circulaires distinctes. Les espaces de responsabilité propres à chaque profession ainsi que les espaces de chevauchement existants doivent être clairement identifiés, dans une notion de subsidiarité et de complémentarité, et non de substitution ou de glissement de tâches au détriment de l'efficacité de l'action, du service rendu.

4/ Le rôle pivot de l'infirmière en milieu scolaire

46. L'infirmière doit être réaffirmée dans son rôle pivot de référente de santé de l'ensemble des élèves et de la communauté éducative (parents y compris). Professionnelle de santé de premier recours soumise au secret professionnel, elle

assure également l'interface entre l'Education nationale, les familles et les autres acteurs dont peut avoir besoin l'élève.

47. L'infirmière conseillère de santé intervient sur des troubles de la santé et non dans le champ de la maladie, elle accompagne 100% des élèves de la maternelle à l'université.
48. Le médecin de l'Education nationale, lui, est le « référent pathologie ». Il intervient et accompagne environ 10% de la population scolaire. A l'instar des textes de 2015, son action nécessite d'être recentrée sur son expertise spécifique, l'adaptation du milieu scolaire aux élèves malades, et notamment sa spécialisation sur les troubles des apprentissages. Donc sur une action spécialisée de second recours.
49. Par le biais de ses responsables légaux et du médecin qu'ils choisissent, le suivi de l'état de santé de l'enfant est assuré par le médecin traitant qui est le coordonnateur des soins. A ce titre, il convient également de réaffirmer l'importance et l'utilisation du carnet de santé, et donc du dossier médical partagé (DMP), comme principal outil d'information entre professionnel.les de santé. Il faut en finir avec la logique de SILO.

5/ La question de la messagerie interne

50. La communication entre professionnel.les de santé, à l'interne et à l'externe de l'Education nationale, doit être facilitée dans le respect du droit et du secret par la mise en place de messageries sécurisées, inexistantes actuellement à l'Education nationale.
51. Les outils professionnels doivent être adaptés aux pratiques professionnelles et aux besoins des élèves. Ils doivent aussi permettre de faciliter le dépôt d'informations dans le carnet de santé de l'enfant en évitant des doubles saisies. Il faut également pouvoir extraire des indicateurs d'activité des professionnel.les et des indicateurs de santé au service de l'analyse et de l'évaluation des besoins du ministère de l'Education nationale en faveur de la réussite scolaire et de sa participation à l'amélioration des données de santé publique (à partir des missions des personnels).
52. La compatibilité des dossiers numériques dont dispose chaque professionnel.le doit être repensée. Par exemple, les logiciels de la PMI et ceux de l'Education nationale, bien que la transmission soit prévue par la loi, ne sont pas compatibles, ce qui oblige à repasser au format papier. Cette lacune est incompréhensible aujourd'hui.
53. Le logiciel LIEN, en cours d'élaboration au ministère de l'Education nationale, ne permet à ce jour aucun dépôt dans le DMP, y compris pour le bilan infirmier de la douzième année de l'enfant. L'infirmière de l'Education doit avoir un accès direct au carnet de santé de l'enfant et au DMP.
54. A l'heure actuelle, la communication des informations nécessaires au suivi et à la coordination des acteurs (notamment entre médecins et infirmières) est pensée dans une logique du « tout ou rien » qui ne respecte pas le secret professionnel dû au patient et considère tous les élèves comme relevant de la responsabilité d'une équipe de soins, ou plutôt d'un service médical. Sous couvert de suivi de l'état de santé et de nécessité de coordination médicale, les médecins estiment nécessaire de disposer de

toutes les données recueillies et informations transmises par les élèves et ou leurs familles lors des consultations infirmières.

55. Dans le respect du droit et de la réglementation, et notamment du secret partagé, nous soutenons qu'entre infirmières, médecins, assistantes sociales ou psychologues, nos professions se doivent de sélectionner et de trier les données pertinentes dont elles disposent. Elles ne doivent transmettre que les données et informations pertinentes et nécessaires au suivi de l'élève lorsque l'expertise d'un.e autre professionnel.le est recherchée, et non transmettre de façon systématique l'ensemble des données dont elles disposent. D'autant qu'un volume trop conséquent de données est une entrave à l'efficacité de l'information. Une sécurité que le logiciel LIEN ne permet pas en l'état des discussions.
56. En tant que profession réglementée du champ de la santé, l'infirmière de l'Education nationale doit respecter l'article R. 4312-35 du Code de la santé publique qui précise : *« L'infirmier établit pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant les éléments pertinents et actualisés relatifs à la prise en charge et au suivi. » Or, le chef de bureau de la santé de la DGESCO refuse l'existence d'un dossier infirmier : « LIEN n'est pas un dossier infirmier ».*
57. L'amélioration de la communication et de la coordination des tous les acteurs qui gravitent autour de l'élève à l'interne et à l'externe de l'Education nationale, nécessite des temps de concertation et de coordination mis à mal par le manque structurel de moyens ou d'inscription dans un temps de travail effectif, pour les enseignant.es notamment. Les enseignant.es du premier degré, par exemple, peuvent difficilement se libérer de leur classe.

B - Renforcer l'attractivité et la capacité d'action de la santé à l'Ecole

1/ Un budget en panne

58. En dépit des enjeux, des priorités nationales et des annonces, nous constatons que le budget dévolu à la santé en milieu scolaire (au programme vie de l'élève BOP 230) est resté constant durant les 20 dernière années : autour de 40€ par élève par an alloués sur les 8350€ dépensés par élève ou apprenti scolarisés dans les premier et second degrés -soit moins de 0,5%.
59. Et pourtant les besoins des élèves et de l'Ecole ont constamment progressé. Alors qu'en 2000 le ministère de l'Education nationale évaluait la nécessité d'une infirmière pour 500 élèves, avec 7816 postes et 12,7 millions d'élèves, chaque infirmière a en moyenne la responsabilité de 1635 élèves et doit couvrir et accompagner les projets éducatifs de santé d'environ 8 établissements.
60. Une charge de travail qui dépasse de loin toute possibilité de réalisation des missions, qui conduit à du saupoudrage délétère pour les élèves mais également pour l'infirmière qui passe d'une urgence à une autre, (re)priorise constamment ses actions et n'arrive jamais véritablement à avoir la satisfaction du travail accompli. Une situation qui entraîne un phénomène de fuite ou d'épuisement professionnel. Comme en témoigne l'enquête sur la souffrance au travail réalisée par le SNICS FSU

en 2021 (cf annexe 7), les infirmières sont soumises à un fort niveau de risques psycho-sociaux.

2/ Un besoin de 23 000 infirmières et donc la création de 15 184 postes

61. Il faudrait 23000 emplois d'infirmières à l'Education nationale pour offrir aux élèves une offre permanente de soins infirmiers et appliquer les textes de 2015 : parcours éducatif de santé, impulsion et coordination, rôle de conseillère technique et amélioration de la dynamique partenariale, intervention sur le premier degré, participation au conseil d'Ecole etc...
62. Le SNICS FSU appelle donc à la création de 15184 emplois d'infirmières de l'Education nationale et de l'Enseignement supérieur.
63. Accentué depuis la période épidémique, le non-respect de leur sens de recrutement, la négation de leur expertise et de leurs missions, la non application des textes de 2015 et la persistance voire l'accentuation des hiérarchies parallèles et des injonctions contradictoires, pèsent lourdement sur le malaise professionnel exprimé par notre profession. Plus de 50 % des infirmières déclarent subir des pressions. Il faut y mettre un terme car 66% d'entre elles envisagent de quitter l'Education nationale.
64. L'enquête sur les risques psychosociaux a mis à jour la souffrance des infirmières de l'Education nationale. Deux infirmières sur trois en souffrance au travail, le manque de reconnaissance, de formation et la faiblesse des salaires pèsent aussi lourdement que leur charge de travail.
65. Fait nouveau, les infirmières quittent et même démissionnent de l'Education nationale, et pour la première fois, les concours ne font plus le plein. Si la désertion est partiellement compensée par la fuite de l'hôpital, les enjeux de l'Ecole et la santé des jeunes méritent des professionnelles motivées. Il est urgent de revaloriser significativement les salaires, à commencer par le versement du complément de traitement indiciaire (CTI).
66. Il est anormal de constater que les salaires et les déroulés de carrière des professionnelles de l'Education nationale sont en deçà de leurs homologues des autres Fonctions publiques. La note salaire réalisée par notre syndicats (cf annexe 8) démontre les nombreuses injustices salariales subies et leur impact sur l'attractivité de nos emplois.

C – L'Infirmière de l'Education Nationale et de l'Enseignement Supérieur, une véritable spécialité infirmière au service de l'élève

67. Pour ce faire, l'amélioration du recrutement et des formations des professionnelles (formations spécifiques et interprofessionnelles) nous semble un élément clé. Si le cadre ministériel est ambitieux, l'application des textes et le recrutement des personnels ainsi que leur formation souffre d'un manque d'ambition politique.

68. Dans l'intérêt des élèves, le SNICS FSU appelle à reconnaître et à renforcer les missions des infirmières, et notamment la consultation infirmière libre à la demande qui rend un service efficace à la lutte contre les inégalités sociales et de santé.
69. Il s'agit de doter l'infirmière d'une formation spécialisée à même de lui permettre de répondre aux besoins des jeunes qui viennent la consulter et aux enjeux de santé. C'est le sens de notre proposition de référentiel de compétences et de formation remis au ministère de l'Education nationale dans la cadre du Grenelle de l'Education (cf annexe 9).
70. Nous insistons sur la nécessité de former les infirmières au sein des Instituts nationaux supérieurs du professorat de l'éducation (INSPE) car c'est la garantie d'une meilleure connaissance et adaptation des professionnelles du soin aux missions et valeurs du service public d'éducation et des différents métiers qui y concourent. L'INSPE est également le lieu permettant de développer des formations ou modules interprofessionnels afin d'améliorer les relations et coordinations interprofessionnelles.

CONCLUSION

71. En conclusion, pour une performance accrue de la santé à l'école, le SNICS FSU ne revendique pas d'actes infirmiers supplémentaires, ni une réforme du cadre existant. Il préconise d'abord une impulsion ministérielle de l'application des textes de 2015, dont les arbitrages politiques ont été longs et réfléchis, comme en témoignent les 10 propositions pour améliorer la santé à l'École portées par les représentants majoritaires des élèves, étudiant.es et de l'ensemble de la communauté scolaire (cf. annexe 10).
72. Le rôle éducatif, social et de professionnelle de santé de premier recours autonome de l'infirmière de l'Éducation nationale doit être réaffirmé par la mise en place d'un master spécifique qui actera la reconnaissance de ses compétences, capacités et pratiques professionnelles.
- Il y a urgence, tous constatent aujourd'hui la dégradation de l'Etat de santé de la jeunesse que les infirmières dénonçaient bien avant la pandémie.
- Faute de moyens humains, impossible de réduire ou d'éviter l'amplification de ce phénomène par la mise en place d'une politique d'éducation et de prévention efficace (individuelle et collective). Faute de moyens, nombres d'élèves présentant des troubles de santé ne peuvent être détectés et soignés. Inacceptable, quand la moitié des problèmes de santé qui affectent 20% des enfants commencent avant l'âge de 14 ans. Le Haut conseil de l'Enfance et de l'Adolescence¹² nous alerte, les enfants vont mal et sont mal soignés. Entre autres causes, une médicalisation défailante, de faux diagnostics, des réponses médicamenteuses excessives. Faute de moyens structurels, socio-éducatifs, préventifs et humains, aujourd'hui, en France, des enfants sont sédatisés au détriment de leur bien-être, leur santé et leur intégration sociale.
- L'École inclusive a heureusement progressé ces dernières années, cette progression quantitative à moindre coût (financier) doit devenir qualitative, car ce sont les élèves et l'ensemble de la communauté scolaire qui en font les frais.
- Laissées à moyens constants depuis 2017, en première ligne face à la dégradation massive de la santé des jeunes, les infirmières de l'Éducation nationale (dont les pratiques professionnelles sont pourtant adaptées aux besoins et enjeux) souffrent et, depuis 2020, quittent l'Éducation nationale.
73. La problématique du manque de moyens ne peut plus être ignorée. D'ailleurs, face aux drames qui frappent l'École (harcèlement, suicides, violences), le ministre de l'Éducation nationale a annoncé le jeudi 23 février, le recrutement d'infirmières dès l'année prochaine, soit 20% de plus. Les indicateurs de la LOLF (loi organique relative aux lois de finances) doivent être revus et complétés, par exemple avec le nombre de consultations infirmières.
74. Pour le SNICS FSU, la décentralisation de la santé à l'école vers les départements n'est pas la solution aux maux actuels, les solutions existent et doivent être mises en œuvre par le ministère de l'Éducation nationale.
75. La santé des élèves étant une mission de l'École, accueillir les élèves à l'École avec des personnels de santé compétents et formés, c'est être accueilli par la République.

¹² Rapport du Conseil de l'enfance et de l'adolescence « Quand les enfants vont mal : comment les aider ? » 7 mars 2023
Rapport SNICS-FSU-sur le devenir de la santé à l'École-mai2023

Annexes : (consultables en ligne sur le site du SNICS FSU, snics.org)

1. Statistiques du SNICS FSU activité des infirmières 2018/2019
2. *Lettre du cabinet aux Recteurs*
3. *Lettre du SNICS FSU à l'Académie de médecine*
4. *Fiche 41*
5. *Courrier du SNICS FSU à la Cour des Comptes*
6. *Contribution SNICS FSU pour parcours 0/6ans*
7. Enquête SNICS FSU souffrance au travail
8. Note salaires SNICS FSU
9. Master ICS SNICS FSU
10. 10 propositions communes

Références Bibliographiques :

- Charte d'Ottawa, 1986
- Déclaration ALMA ALTA, 12 septembre 1978
- Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), 1989
- Rapport de la Cour des comptes, « Contribution à l'évaluation de la médecine scolaire », 2011
- Rapport de la Cour des comptes, « Les médecins et personnels de santé scolaire », Avril 2020
- Rapport de la Cour des comptes, « La santé des enfants. Une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé », Décembre 2021
- Stratégie nationale de santé pour la période 2018 / 2022, 29 décembre 2017
- Rapport d'information du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire, par G. Gaudron et M. Pinville
- Rapport relatif au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de zéro à six ans, par Stéphanie RIST et Dr Marie-Sophie BARTHET-DERRIEN, Mars 2019
- Rapport d'information par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur « L'évaluation des politiques de prévention en santé publique » par R. JUANICO et M. TAMARELLE-VERHAEGHE, Juillet 2022
- Rapport fait au nom de la commission d'enquête pour « mesurer et prévenir les effets de la crise du covid-19 sur les enfants et la jeunesse », par Sandrine MÖRCH et Marie-George BUFFET
- Rapport de la mission gouvernementale « Comprendre et combattre le harcèlement scolaire, 120 propositions », par Erwan BALANANT, 2020
- Rapport d'information n° 589 « Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard », Mars 2022, par Bruno ROJOUAN, fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable du Sénat
- Rapport d'information « Surpoids et obésité l'autre pandémie », par Chantal DESEYNE, Brigitte DEVÉSA et Michelle MEUNIER, 29 juin 2022.
- Rapport du CESE, « Pour des élèves en meilleure santé », par J-Fr. NATON et F. BOUVET DE LA MAISONNEUVE, Mars 2018
- Rapport de l'Académie Nationale de Médecine, 24 octobre 2017, « La médecine scolaire en France »

- Rapport Jourdan, « La santé des enfants et des adolescents en milieu scolaire. Dix mesures pour une politique de santé à l'École à la hauteur des défis de notre temps », Mai 2015
- Rapport « Dessiner la santé publique de demain », Pr F. CHAUVIN, Novembre 2021
- Rapport de la mission sante jeunes « Pour une culture de la promotion de la sante chez les jeunes en France » par P. Martinot et A. Nyadanu, Mars 2022
- Rapport Peyron, « Pour sauver la PMI, agissons maintenant », Mars 2019
- Haut conseil de la santé publique, avis relatif à la politique de santé à l'École, 7 décembre 2011
- Haut conseil de la santé publique, avis relatif à la médecine scolaire, 27 février 2013
- Haut conseil de la santé publique, rapport « Évaluation ex-post du Plan national de santé publique », 2022
- Rapport relatif au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de 0 à 6 ans, Mars 2019
- Rapport 2021 du Défenseur des droits, « Santé mentale des enfants : le droit au bien-être »
- Défenseur des droits, « JADE, Promotion des droits auprès des enfants et des jeunes 2021 | 2022 », 2022
- Rapport de l'IGAS, « La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France », Mars 2021
- BO EN spécial N°42 du 25 novembre 2015 avec la circulaire de politique générale N°2015-117
- Arrêté du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires et ses annexes
- Circulaires n° 2015-118 et n° 2015-119 définissant les missions respectives et complémentaires des médecins et des infirmières de l'Education nationale.
- Circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016 : [Mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves](#)
- Vademecum école promotrice de santé, 2020
- Repères et références statistiques Enseignement- Formation – Recherche 2022
- DEPP, « L'éducation nationale en chiffres », publication annuelle
- Article « Bilan de santé des enfants de 3-4 ans en école maternelle par la PMI en 2014/2016 : disparités départementales des pratiques », Corinne Bois, Karen Milcent, Marie Noelle Dugourg et Marie Aline Charles
- SNICS FSU, « En marche vers une médicalisation de la santé à l'École », Mars 2020
- Colloque SNICS FSU « La vie est-elle une maladie ? »
- Avis de la Conférence nationale de santé (CNS) du 2 avril 2020 [relatif à la crise sanitaire du COVID-19](#)
- Avis de la Conférence nationale de santé (CNS) du 29 juin 2022 sur l'évaluation de la Stratégie nationale de santé (SNS) 2018–2022
- Enquête ELFE PMI 2014/2016
- Stratégie nationale de santé 2018/2022
- Etude DRESS 2017 sur la santé des adolescents, Août 2019
- DRESS, Évaluation de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 « Synthèse de l'état de santé de la population » Juin 2022
- Nations Unies, « Note de synthèse : L'impact de la COVID-19 sur les enfants », Avril 2020

- Rapport de la Mission La parole aux enfants « À (h)auteur d'enfants », remis par Gautier ARNAUD-MELCHIORRE, 2022
- Rapport du Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age (HCEFA), Conseil de l'enfance et de l'adolescence « Des données et des études publiques mieux centrées sur les enfants, année 2018-2019 », 27 juin 2019
- Avis et rapports du Haut conseil de la santé publique, « Le dispositif statistique de surveillance et de recherche sur la santé de l'enfant », Octobre 2019
- Fabrique des territoires de santé, dossier ressource « Ecole, promotion de la santé et territoires : l'école, un territoire pour la promotion de la santé ? », Décembre 2019
- Avis de la commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) « Les inégalités sociales de santé », Février 2022
- Rapport du Conseil de l'enfance et de l'adolescence « Quand les enfants vont mal : comment les aider ? », mars 2023