



SNICS  
46 avenue d'Ivry  
75013 PARIS  
snics@wanadoo.fr

Paris, le 16 novembre 2017

Monsieur le Président de l'Académie de  
Médecine.

Monsieur Daniel Couturier

Je tiens, au nom des infirmières de l'éducation nationale que mon organisation syndicale représente à plus de 64%, à vous faire part de nos observations quant au rapport de la commission XIV sur la médecine scolaire en France.

Nous sommes très interrogatifs quant à la nature des personnalités auditionnées par votre commission. En effet, ce sont toutes de près ou de loin des représentants syndicaux ou associatifs des médecins de l'éducation nationale à l'exception d'une seule infirmière qui n'est investie d'aucun mandat particulier au sein de la profession et originaire d'une petite académie non représentative des autres académies.

Vous comprenez bien que nous doutons légitimement des travaux de cette commission, d'autant que de nombreuses allégations et propositions concernant notre profession, appuyées sur des données totalement erronées émaillent ce rapport.

**Tout d'abord un rappel historique et il n'est pas anodin qu'il apparaisse tronqué dans vos écrits.**

Vous affirmez, sans détours, que les infirmières de l'éducation nationale font partie de la médecine scolaire. Cette vision, qui manifestement vous est tout à fait personnelle, ne repose sur aucun texte réglementaire bien au contraire.

**La 3<sup>ème</sup> république, loi du 10 octobre 1886**, institue l'obligation de l'inspection scolaire limitée à l'enseignement primaire.

**En 1938**, est créé le service de contrôle médical en faveur des étudiants et en 1939, les établissements sont autorisés à ouvrir un service de surveillance médicale des élèves.

Certes, une ordonnance du **11 octobre 1945** a créé un Service d'Hygiène Scolaire qui relevait du ministère de l'éducation nationale avec des missions très hygiénistes et épidémiologiques, et ce service regroupait des médecins, des infirmières, des assistantes sociales ou adjointes de santé scolaires.

Cependant, il faut que vous sachiez, Messieurs, que la même année est créé un corps d'infirmières implantées dans certains établissements d'enseignements, relevant de la

hiérarchie administrative de l'éducation nationale. Ces postes sont créés pour assurer les soins des élèves internes dans les grands établissements ainsi que ceux des collèges d'enseignement techniques. Il n'existe pas de lien fonctionnel ni hiérarchique avec le service de santé scolaire au sein duquel exerçaient d'autres infirmières.

Les établissements bénéficiaient par ailleurs des services d'un médecin généraliste de ville qui était attaché à l'établissement scolaire pour assurer les consultations en cas de maladie et bien entendu, ces médecins établissaient des prescriptions.

Dès cette date existaient donc deux entités, l'une de type Service, qui vous agréa tant, et l'autre qui avait pour missions de répondre aux besoins des élèves, notamment en matière de soins, et ces infirmières étaient logées dans ces établissements scolaires car les élèves internes ne rentraient chez eux qu'aux grandes vacances et aux vacances de Noël. Il fallait que ces collègues puissent les accueillir et les soigner y compris les week-ends et bien entendu tous les soirs.

Ce mode d'organisation a perduré jusqu'en 1964, date à laquelle le service de Médecine Scolaire a été transféré au Ministère de la Santé avec les infirmières de santé scolaire, les assistantes sociales et secrétaires. Dans le même temps est créé par décret le 10 août 1965 un corps particulier des infirmières de l'éducation nationale.

Les infirmières de l'éducation nationale en poste dans les établissements scolaires restent quant à elles sous la responsabilité de l'éducation nationale et sous la hiérarchie des chefs d'établissements.

**1978 voit la première rédaction d'un texte de missions de ces infirmières** nommées dans les établissements du second degré. Ces missions mettaient 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. Des missions qu'elle assume de sa propre initiative ou dans le cadre des activités organisées par les enseignants en accord avec le chef d'établissement. Ces missions ont régulièrement évolué depuis avec la possibilité pour ces infirmières de délivrer la contraception d'urgence notamment.

**1982.** Une 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. Elle organise les coopérations autour du médecin au motif que les visites médicales obligatoires et notamment celles des 6 ans ne sont pas réalisées (déjà !). Elle donne comme objectifs et missions à ce service de réaliser 100% des 3 bilans de santé prévus à des âges clés, 5-6ans, 10-11 ans et un troisième bilan entre 13 et 16ans.

**En 1984,** le Gouvernement 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'Ecole et à l'évolution de l'état sanitaire des jeunes »* ». Le service est mis en voie d'extinction. Cela conduit à intégrer les 1200 infirmières de santé scolaire à l'éducation nationale. Il est à noter qu'une circulaire du 11 avril 1985 prévoyait qu'il serait souhaitable que ces infirmières bénéficient d'un stage d'adaptation à ces nouveaux emplois et notamment en matière de soins techniques.

Ce choix a été fait dans un souci d'amélioration après constat que dans les établissements scolaires « *cela se passait plutôt mieux* »!.

Curieusement, c'est cette structuration qui nous est proposée dans ce rapport et revendiquée, soyons juste, par les médecins de l'éducation nationale qui le perçoivent certainement comme la panacée de la réussite.

**De 1985 à 1991** ont existé à l'éducation nationale deux entités, d'une part les infirmières des établissements sous la hiérarchie administrative des chefs d'établissements et des recteurs, et d'autre part un Service de Santé Scolaire.

**Juin 1991** voit la création du Service de Promotion de la Santé en Faveur des élèves. Mais ce service ne prévoit et n'organise pas de hiérarchie entre les professions de santé. Les infirmières issues de l'ancienne santé scolaire s'intègrent dans le dispositif infirmier existant mais il y a extension du périmètre d'intervention des infirmières au 1<sup>er</sup> degré alors qu'il était jusque là limité au second degré.

C'est à partir de cette date que sont créés des postes « Mixtes » pour les infirmières. C'est à dire collège public et son secteur de recrutement du premier degré public.

En effet, alors que l'obligation de la visite médicale pour les médecins concerne tous les élèves de l'enseignement public et privé sous contrat, les infirmières sont nommées pour exercer dans l'enseignement public. L'enseignement privé disposant de fonds spécifiques (crédits d'externat, loi Debré) pour embaucher des infirmiers.

Ainsi, les chiffres annoncés dans votre rapport sont quelque peu faux, puisque ce sont uniquement 8 737 760 élèves qui sont concernés.

En effet, seuls les élèves relevant de l'obligation de scolarité, donc à partir de 6 ans doivent être comptabilisés, notamment en terme de visite et de suivi médical puisque avant cela, ils relèvent des services départementaux de la PMI.

Dans le même temps, la profession d'infirmière a évolué. En effet, 1978 marque l'évolution du métier d'infirmière vers la profession d'infirmière en réglementant celle-ci par décret avec création d'un rôle propre qui traduit l'autonomie de la profession. Des évolutions successives de la profession, en 1984 et 1993, avec notamment une reconnaissance d'une responsabilité propre, des règles professionnelles et déontologiques, se traduisent par des circulaires de missions s'appuyant sur ces nouvelles compétences et cette autonomie professionnelle.

**2001** : Devant le constat de la 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'éducation nationale et un Service qui fonctionnait en parallèle, il est mis fin à ce service.

Les circulaires de 2001, 3 au total, déclinent les responsabilités de l'éducation nationale en la matière en imposant une structuration, mais déclinent également les missions des infirmières et des médecins dans deux circulaires distinctes.

Elément important et non anodin, elles définissent un lien étroit entre santé et réussite scolaire, l'une étant au service de l'autre, et s'écartent d'un modèle centré principalement sur des dépistages systématiques pour aller vers une approche centrée sur les besoins de chaque élève dans son milieu de vie. Le constat étant toujours le même, les visites médicales obligatoires ne sont toujours pas réalisées alors que de 1991 à 2001, les infirmières qui exerçaient dans le 1<sup>er</sup> degré participaient à ces fameuses ou fumeuses visites.

L'intégration des médecins quant à eux s'est faite en 1991, et aujourd'hui à nouveau, des

questions identiques se posent sur la médecine scolaire avec vos réponses...vos propositions.... !

**2015** : De nouveaux textes de missions sont publiés, après 2013 et une loi de refondation de l'école qui s'empare de la problématique de la santé à l'école tout comme la nouvelle loi de santé en 2016. A chacune de ces étapes, une longue, parfois très longue, concertation est menée par le gouvernement avec tous les acteurs et professionnels. Des arbitrages sont rendus et des textes publiés.

### **Après ce bref rappel historique venons en, si vous le permettez à votre rapport.**

Bien que l'objet du rapport de votre commission ait comme principal objet « *la médecine scolaire* », il est éclairant de constater que vous vous autorisez à vous prononcer sur les infirmières de l'éducation nationale d'une part, et que d'autre part vous omettez de rattacher le sens du recrutement des infirmiers et médecins à un article de loi récent qui de surcroît donne du sens à la santé à l'école.

Il s'agit d'un article du code de l'éducation introduit en 2013 par la loi de refondation de l'école et renforcé par une modification en 2016.

Cet article lie intimement santé, scolarité, environnement etc. mais décline la place et le champ de responsabilité des différents acteurs et personnels de l'éducation nationale. La réalisation des visites médicales des 6 ans, des examens de dépistages ne représente qu'un seul alinéa sur 7.

Cet article réaffirme, en conformité avec le code de santé publique (L1411-1-1), que cette mission, à l'éducation nationale, est conduite par les autorités académiques en lien avec les ARS et les collectivités territoriales.

Et non l'inverse ! Par ailleurs, elle donne une place prépondérante à l'accueil, l'écoute, l'éducation à la santé à développer à partir d'indicateurs locaux .... Il réaffirme que l'ensemble des 7 alinéas relève en priorité des médecins et infirmiers de l'éducation nationale et non de telle ou telle profession.

« Article L 121-4-1 code éducation.

*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 ou des carences de soins pouvant entraver la scolarité ;

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

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

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

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. »

De fait, votre affirmation « la promotion de la santé en faveur des élèves repose sur quatre acteurs : le médecin scolaire, l'infirmière, l'assistante sociale et le chef d'établissement » est erronée et oriente vers une lecture contraire à la loi. Est-ce intentionnel ? A tout le moins c'est inexact. La responsabilité est celle de l'école, et nous avons des responsabilités particulières dans cette mission de l'école.

Cet article, de facto, introduit le périmètre et la nature de l'équipe qui n'est plus médico-sociale (SIC) mais bel et bien pédagogique et éducative. Et votre rapport gomme cette situation et c'est bien normal, compte tenu que les seules personnalités auditionnées soient issues des syndicats de médecins qui ont toujours refusé cette équipe tout comme la hiérarchie de l'éducation nationale.

Hiérarchie qui rappelons le, ne peut être qu'administrative compte tenu de la nature légale des professions réglementées du champ de la santé.

Votre présentation induit une lecture qui amène à reproduire une situation antérieure à 1991, introduire des fonctions de suppléances qui désresponsabilisent les échelons hiérarchiques de l'éducation nationale de cette mission mais également les autres acteurs.

Vous affirmez que médecins et infirmières sont rattachés à un centre médico scolaire. Nous sommes désolés de vous contredire. Les infirmières sont nommées sur des établissements du second degré public avec, pour celles exerçant en collège public, la responsabilité du secteur primaire public de rattachement. Il n'y est pas question de CMS.

Bien évidemment que les syndicats de médecins... toujours dans la vision rétrograde de la

reproduction du modèle de 1982 revendiquent et refusent que les infirmières et eux mêmes soient sous le regard de notre institution.

### **III - Une gouvernance renouvelée**

Monsieur, les infirmières de l'éducation nationale refusent votre à priori de leur appartenance à la médecine scolaire non pas pour des raisons historiques uniquement mais surtout au regard du travail qu'elles font quotidiennement auprès des élèves et que semblez vouloir ignorer, voire nier.

Vous déplorez, dès le début, « *un manque de pilotage, d'évaluation et de clarté pour la gouvernance, en particulier des médecins et des infirmières* ». Pure allégation, non étayée par les textes, cette gouvernance n'a jamais été aussi détaillée et précise tant en terme de responsabilité que d'échelons de mise en oeuvre et de coopération entre tous les acteurs internes et externes : « *Afin d'accompagner cette nouvelle impulsion de la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves, une rénovation de sa gouvernance à tous les échelons du système éducatif est mise en place afin de gagner en lisibilité et en efficacité.* »

Nous vous concédons cependant que, par des intrusions très corporatives, cette nouvelle gouvernance ne se soit pas mise en place dans certaines académies. En effet, l'opposition frontale des syndicats de médecins relayée par les médecins conseillers technique y a largement contribué.

Appliquons la loi, et ensuite, évaluons là, et nous pourrions à ce moment là seulement proposer des réadaptations. A contrario, nous sommes devant des propositions de modèles que nous avons déjà largement connus et qui ont démontré leur inefficacité tant en matière de dépistage que d'éducation à la santé et à fortiori en matière de promotion de la santé qui s'appuie sur un ensemble d'acteurs qui ne sont pas que des professionnels de santé, fussent ils médecins et infirmières.

#### **Rappel des textes :**

##### **« 1. À l'échelon national**

*La gouvernance et le pilotage de la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves relèvent exclusivement de la compétence du ministre chargé de l'éducation nationale. La direction générale de l'enseignement scolaire – et, plus particulièrement, la sous-direction en charge de la vie scolaire, des établissements et des actions socio-éducatives – est chargée d'impulser la politique nationale, de la coordonner et d'en établir le bilan.*

*Pour définir sa politique en matière sociale et de santé, le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche a recours à l'expertise des autres ministères concernés. Cette coopération a pour objectifs de :*

*- mettre en place une concertation pour assurer la cohérence des différentes politiques publiques ;*

*- proposer un dispositif cohérent de formation entre, notamment, le réseau des écoles supérieures du professorat et de l'éducation (ESPE), les facultés de médecine, les instituts de formation en soins infirmiers et les écoles de travailleurs sociaux afin de produire les*

ressources nécessaires.

*Le ministère chargé de l'éducation nationale organise annuellement un recueil des données relatives à la politique mise en place. Le Conseil national d'évaluation du système scolaire (Cnesco) en lien avec le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) et toute autre instance d'évaluation des politiques sociales, sont chargés d'évaluer le suivi de cette politique au regard des objectifs fixés par la loi.*

## **2. À l'échelon académique**

*Le recteur élabore la politique éducative sociale et de santé académique en tenant compte des priorités nationales, du contexte local et des spécificités des territoires dans le cadre de son projet académique, en ciblant en particulier les territoires de l'éducation prioritaire (Rep et Rep+) et les zones rurales isolées.*

*Il définit ses priorités à partir de la réalisation d'un diagnostic et se dote d'indicateurs de suivi, en s'appuyant sur une cellule réunissant, notamment, les conseillers techniques du recteur (médecin conseiller technique en charge des élèves, conseillers techniques infirmier, de service social et ASH...). Cette cellule est coordonnée et pilotée par le proviseur vie scolaire ou l'IA-IPR EVS. Elle est associée à l'élaboration de la politique de gestion des moyens et chargée du bilan académique annuel. Celui-ci est présenté devant le comité technique académique (CTA) et devant le conseil académique de l'éducation nationale (CAEN).*

*Cette nouvelle organisation doit favoriser la cohérence de la politique éducative conduite en académie tant pour les acteurs de l'éducation nationale que vis-à-vis de ses partenaires.*

*C'est dans ce cadre que seront conduits les partenariats institutionnels, notamment avec les agences régionales de santé (ARS) et avec les directions régionales de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale ainsi qu'avec les collectivités territoriales et les partenaires associatifs.*

*C'est également à ce niveau que s'élaborent les plans académiques de formation initiale et continue auxquels participent les personnels sociaux et de santé en qualité de stagiaires ou de formateurs.*

## **3. À l'échelon départemental**

*Sous l'autorité de l'inspecteur d'académie-directeur académique des services de l'éducation nationale (IA-Dasen), la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves définie au niveau académique est mise en œuvre en fonction des spécificités locales par les acteurs de cette politique (proviseur vie scolaire départemental quand il a été désigné, conseillers techniques médecin, infirmier, de service social, IEN-ASH, psychologue scolaire).*

*Il est mis en place à la rentrée 2015 un comité départemental d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CDESC) qui constituera le dispositif opérationnel d'impulsion et d'animation en direction des établissements d'enseignement.*

*Une coordination fonctionnelle entre les niveaux départemental et académique est conservée. Un bilan de l'action est présenté annuellement au comité technique spécial départemental (CTSD) et au conseil départemental de l'éducation nationale (CDEN).*

#### **4. Au niveau local**

*La politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves trouve sa déclinaison au plus près de l'élève dans le cadre du projet d'école et du projet d'établissement.*

*Elle est mise en œuvre, sous l'autorité de l'IA-Dasen et sous la responsabilité de l'IEN ou du chef d'établissement, dans la circonscription ou dans l'établissement.*

*L'organisation en réseaux est à privilégier : réseaux inter-établissements et réseaux école-collège ; le CESC inter-degrés sera une instance privilégiée. «*

Vous pointez à juste titre un manque de pilotage. Il est réel et pourtant ce n'est pas faute d'absence de textes l'y obligeant mais plutôt une volonté délibérée de certains acteurs de s'en affranchir s'alliant à une administration centrale qui refuse de contrôler l'application des textes qu'elle produit.

Vous affirmez sans sourciller que : « *les objectifs de la médecine scolaire n'ont cessé de se multiplier, mais le nombre de médecins scolaires est en diminution constante passant de 1400 en 2006 à 1000 en 2016* ». **De se multiplier non, mais d'évoluer oui.**

Certes, le nombre de postes de médecins devant élèves est passé de 1478 en 1999 et non en 2006 où il était de 1658 à effectivement 1014 en 2016 équivalents temps plein de médecins devant élèves.

Il faut mettre en parallèle ce nombre de postes de médecins avec le nombre de visites médicales obligatoires à réaliser par les médecins de l'éducation nationale. Rappelons qu'en 1985 déjà, la représentation nationale, le gouvernement, le ministère de la santé déploraient le faible taux de réalisation de ces visites médicales par ailleurs avec le concours d'infirmières de santé scolaire, de secrétaires médicales et d'assistantes sociales.

Votre présentation réduit le champ de la santé à l'école aux visites médicales des 6 ans et de dérogation pour les travaux règlementés.

#### **Historique de l'évolution de l'article L 541-1 :**

**De janvier 2000 à Mars 2002,** cet article définit uniquement un examen médical à 6 ans, pouvant sous certaines conditions être réalisé par les médecins de famille.

**De 2002 à 2007 :** Visite des 6 ans avec dépistage des troubles spécifiques du langage

**De 2007 à 2013 :** Sont rajoutés 3 autres visites : au total 6, 9, 12 et 15 ans. Un amendement déposé par Mme Pecresse modifie l'article L 541-1 pour imposer 4 visites médicales obligatoires (6, 9, 12 et 15 ans). Il ne sera jamais appliqué ni revendiqué par les médecins de l'éducation nationale et le taux de réalisation de ces visites médicales continue à interroger.

**Depuis 2013,** il est affirmé d'une part que « *Les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'éducation nationale.* » et d'autre part apparaissent les parcours éducatifs de santé qui seront repris dans la loi de santé.

Mais en plus de la visite médicale des 6 ans est rajouté un examen de dépistage obligatoire à 12 ans à réaliser par les infirmières de l'éducation nationale.



Cette modification de l'article L 541-1 de 2013 du code de la santé de l'éducation diminue le nombre de ces visites et impose, aux médecins, seulement la visite des 6ans. On aurait légitimement pu penser que le taux de réalisation de ces visites médicales augmente très fortement puisque la charge de travail incombant aux médecins en matière de visites médicales obligatoire était diminué. La diminution du nombre de postes de médecins durant cette période passant de 1215 en 2002 à 1014 en 2016.

De manière constante, le contenu de ces visites médicales devait être défini par voie réglementaire. Ce n'est qu'en 2015 qu'est enfin publié un arrêté malgré l'opposition récurrente des médecins scolaires.

Cet arrêté clôt la chaîne des textes règlementaires. La norme étant complète, elle permet de donner sens à l'évolution de la santé à l'école vers un objectif de meilleur suivi de ce qui est repéré en obligeant les professionnels de santé à faire un retour vers les personnels enseignants et de direction, en organisant un VRAI travail avec la communauté pédagogique et éducative.

Ces textes organisent également, autour de l'établissement ou de l'école, les partenariats de proximité pour répondre aux besoins et demandes des élèves dans leurs particularismes locaux. Ils ancrent les projets de santé dans leur lien avec la réussite scolaire et le mieux vivre des élèves à partir d'indicateurs et de déterminants locaux.

**Mais parlons gestion des ressources humaines et charge de travail :** Un médecin de l'éducation nationale a une obligation de travail annuelle devant élèves de 1486 heures par an.

Les spécialistes de l'enfance estiment que pour réaliser une visite médicale il faut ½ heure , c'est sans compter la charge administrative et la mise en place d'un suivi, même si ce dernier ne concerne pas tous les élèves. Par ailleurs, les familles peuvent faire réaliser cet examen médical par leur médecin de famille et 12 municipalités ou agglomérations, et non des moindres (Paris, Lyon, Grenoble, Nice etc) ont des services municipaux de santé scolaire.

Mais admettons que les médecins de l'éducation nationale aient à voir TOUS les élèves de 6 ans.

**En 2011**, il y avait 790 798 élèves de 6 ans ce qui, à raison de la quotité annuelle de temps de travail médecin, nécessitaient 532 postes de médecins pour réaliser cette visite médicale obligatoire en terme de loi qui s'imposait de fait en priorité aux seuls médecins. Il y avait en 2011, 1489 postes de médecins devant élève. Ce n'est donc pas le manque de postes qui explique le faible taux de réalisation de ces VA à cette époque, inférieur à 70%.

**En 2016**, le taux de réalisation de ces visites à progressé puisque supérieur à 70%, selon le ministère de l'éducation nationale. Il y a 834 800 élèves de 6 ans scolarisés dans l'enseignement public et privé sous contrat. Selon les mêmes modalités de calcul, il faudrait 561 Postes de médecins pour réaliser ces visites médicales. Ce n'est toujours pas un problème de moyens, mais probablement un problème lié aux choix de priorités et de contrôle par l'administration.

La situation est encore plus catastrophique en terme de gestion des ressources humaines et de service public, puisque selon les propos du SNMSU UNSA (Syndicat Majoritaire chez les

médecins de l'éducation nationale), qui affirme dans l'audition que le taux de réalisation par les médecins est plus proche de 46,7% en 2011 et 57% en 2016. Ils expliquent, et vous vous en faites le relai, que sont comptabilisés, par la DGESCO, des examens infirmiers réalisés à cet âge. Mais rappelons avant tout, qu'au regard de la loi, cet examen était et est toujours un examen exclusivement médical. Paradoxe dans le même temps, les médecins réclament que ce soit les infirmières qui les réalisent. Ce qui signifie que la demande est de ne pas appliquer la loi et non pas un problème lié à un manque de moyens.

D'un point de vue de la loi, il n'en est rien, que ce soit pour les visites médicales des élèves dans leur 6<sup>ème</sup> année, ou pour les élèves travaillant sur machines dangereuses, ces obligations sont fort anciennes. Je vous concède que l'accueil des élèves handicapés et les protocoles d'accueil sont relativement récents. Mais les autres missions dévolues en matière de santé à l'école concernent également l'ensemble des autres acteurs de l'école que ce soit en matière d'éducation à la santé, à la sexualité ou en matière de secourisme.

**Vous affirmez par ailleurs que l'avis médical sur l'obligation de suivi des élèves relevant de dérogation pour travail sur machines est extrêmement lourd.**

Difficilement compréhensible une fois de plus.

En 2016, nous avons 134 675 élèves scolarisés dans les filières de l'enseignement public et privé sous contrat éligibles à cette réglementation.

Ces élèves sont scolarisés en CAP, 2<sup>nd</sup>, 1<sup>ère</sup> et Terminale Bac pro. Les élèves majeurs représentant près de 20% de cet effectif. Soit 108 000 devant bénéficier de cette visite médicale.

Suivant le même principe que celui de l'évaluation du nombre d'ETPTA employé pour les visites de 6 ans. A raison d'une heure par élève (charge administrative et de suivi comprise pour tous les élèves), nous aurions besoin de seulement 72 postes de médecins sur la France entière. Charge Lourde ?????

Ce n'est donc pas un problème de moyens pour réaliser ces deux visites médicales mais sûrement un problème de répartition de ces moyens mais également un problème de l'évaluation de leur utilisation par une véritable Inspection Générale de l'Education nationale, car ce sont des moyens de l'éducation nationale.

Vous notez également que « *les urgences, très mobilisatrices d'énergie, par exemple ...la maltraitance lorsqu'elle nécessite un placement.* »

Il est à noter que la maltraitance ainsi que le placement des élèves ne relève ni en priorité ni exclusivement des médecins de l'EN, qui ne sont pas, en l'occurrence, les personnels de première ligne sur ce sujet contrairement aux infirmières et assistantes sociales.

### **Dans les infirmeries des établissements scolaires.**

Bien que ces personnels n'appartiennent pas à la médecine scolaire, il est manifeste que vous souhaitez en faire le bilan et on peut éventuellement le comprendre car, tout comme pour les médecins : « *la promotion de la santé relève en priorité des médecins et infirmiers de l'éducation nationale* ».

En 1999, soit 8 ans après la création du Service de Promotion de la santé, nous avons 5932

infirmières en postes et nous en avons 7663 devant élèves en 2016.

Les créations de postes d'infirmiers ont eu lieu de manière constante au cours de ces années avec des amplitudes variables selon les gouvernements. Il est à noter que les plus grandes vagues ont eu lieu entre 2003 et 2012 avec 1550 créations de postes.

Concernant l'implantation des emplois d'infirmiers vous affirmez : « *il est prévu une infirmière pour 598 élèves du secondaire* ».

**Faux** : Les moyens infirmiers, à l'éducation nationale, n'ont JAMAIS été alloués par rapport à un effectif d'élèves mais uniquement à partir du nombre et de la typologie des établissements du second degré public, et depuis 1991, du nombre d'écoles publiques des secteurs de rattachement des collèges.

Elles sont nommées obligatoirement dans des établissements du secondaire public non pas pour exercer des missions de type dépistages systématiques comme « *du bon vieux temps* » de la santé scolaire mais pour répondre aux besoins des élèves qui viennent les consulter dans leurs infirmeries. Ainsi, leur première mission est : » (cf circulaire 2015 : *La mission de l'infirmier-ière est d'accueillir et d'écouter les élèves qui lui sont confiés afin de déterminer leurs besoins de santé, de contribuer à leur éducation en vue de leur insertion sociale et professionnelle. Il-elle les aide à développer leur esprit critique, à construire leur autonomie et à élaborer un projet personnel en matière de santé. Il-elle se préoccupe également de développer la réflexion des élèves sur le sens et la portée des valeurs qui sont à la base de nos institutions, et de les préparer au plein exercice de la citoyenneté.* »

**Vous affirmez, sans détour, que ces infirmières ont une formation de deux fois 3 jours faite (sic) par l'infirmière conseillère technique auprès du recteur.**

**Une fois de plus, vous affirmez sans vérifier.** Les personnels infirmiers sont à gestion déconcentrée, contrairement aux médecins, et de facto, tout ce qui relève de leur carrière, de leur recrutement, de leur formation est, par délégation du ministre, de la responsabilité du recteur.

Ce qui explique que ces formations d'adaptation à l'emploi varient de 3 jours à 20 jours en présentiel, par exemple à Aix-Marseille où elle est articulée autour 8 modules et articulant des intervenants internes à l'éducation nationale ou des universitaires (Pédo psy, socio etc..).

Pour mémoire le contenu d'Aix est 2 jours autour de la structuration du système éducatif (intervenants internes), 4 jours sur les missions, les parcours éducatifs santé, la politique générale et Sagesse.(outil cahier infirmière), 4 jours sur la connaissance du public (adolescence, enfance pédo psy socio pédiatres) Relation d'aide, communication. 2 jours sur l'entretien motivationnel. 2 jours sur 1<sup>er</sup> secours. Présentation d'un mémoire en éducation à la santé réalisé durant l'année scolaire de stagiairisation.

Il est également à noter que la revendication du SNICS FSU, depuis la création de notre syndicat en 1992, est une formation universitaire en ESPE pour toutes les infirmières de l'éducation nationale combinant des apports professionnels spécifiques à notre profession et des formations communes avec les autres personnels enseignants. Par ailleurs, les textes sur les parcours éducatifs de santé expliquent la nécessité de ces formations communes.

Nous souhaitons que cette formation des infirmières soient validée et reconnue par un diplôme de master.

**Par ailleurs vous affirmez, manifestement sans vérifier, que : « Ses (Infirmières) missions sont redéfinies par l'arrêté du 3 novembre 2015 »**

Nous sommes manifestement plus que dans l'à peu-près : **Faux** : Les missions des personnels infirmiers et celles des médecins sont définies par des circulaires (Med circ n°2015-118 et 2015-119 pour IDE).

Ces missions vont bien au delà de l'arrêté de novembre 2015 pris en application de l'article L 141-1 qui n'a pour d'autre objet que de définir les visites médicales à assurer par les médecins (6 ans), et l'examen à réaliser par les infirmières à 12 ans. Cet arrêté (imposé par la rédaction de la loi) définit très précisément le contenu de chaque examen mais également impose une coopération et un suivi entre les différents acteurs, Enseignants, parents, médecins traitants ou spécialistes, infirmiers et médecins ; Il reprecise également le choix laissé aux parents que cette visite soit réalisée par les médecins de famille.

Ces missions sont la traduction de la rédaction et des obligations de l'article L 121-4-1, cf supra.

En revanche, les missions des IDE telles que définies par la circulaire de leurs missions sont en rapport avec les 15 millions d'élèves qui viennent les consulter dans les infirmeries. L'effectif des enfants de 12 ans scolarisés dans l'enseignement public s'élevant à seulement 598 327 élèves. Ce qui représente (selon les mêmes modalités et charges que pour les médecins) 598 327 heures travaillées, soit 402 ETPTA qui doivent être consacrés à cet examen de dépistage obligatoire.

Vous trouverez en PJ une étude que nous avons réalisée en 2010-2011 auprès de 1095 infirmières, étude représentative tant par la diversité des académies que des lieux d'exercice.

Nous sommes donc en capacité d'explicitier les activités professionnelles des infirmières et par voie de conséquence les besoins et demandes des élèves. Nous avons pu le faire car nous nous sommes appuyés sur les éléments statistiques issus du logiciel SAGESSE.

Nous vous rejoignons sur votre analyse d'une absence de données statistiques pour juger des résultats de la médecine scolaire. Pourtant, Monsieur le Président, un arrêté du 10 septembre 2001 crée une application informatique à destination des médecins et nommée MEDSI avec pour finalité : *« Elle permet (cette application) le suivi médical nominatif d'un élève, ainsi que sous forme anonyme, la recherche médicale, l'éducation à la santé et l'épidémiologie, ainsi que l'amélioration de la fiabilité des statistiques de fin d'année comportant des données statistiques. »*

*Les destinataires au plan interne des informations d'ordre médical anonymisées transmises sous forme de statistiques sont l'administration centrale, dans le cadre de la définition et du pilotage d'une politique nationale de l'éducation à la santé, en liaison avec d'autres départements ministériels. »*

Comme vous pouvez le constater, les objectifs politiques sont définis dans une norme réglementaire exhaustive, les outils existent, reste la volonté de faire vivre et là effectivement

il y a carence, et depuis 2001, la Direction Générale de l'Enseignement Scolaire (DGESCO) se refuse à réaliser ces collectes et analyses statistiques d'une part et d'autre part les indicateurs de la LOLF sont réduits, en ce domaine, à leur plus simple expression.

**Qui veut abattre son chien dit qu'il a la rage...et vous passez sous silence les 15 Millions d'élèves qui viennent consulter les infirmières de leur propre intention dans leurs infirmeries.**

Concernant les indicateurs et données statistiques en relation avec ces passages d'élèves dans les infirmeries, un arrêté de mai 2001 a créé une application spécifique aux infirmières de l'éducation nationale, logiciel SAGESSE, les permettant : « *Les destinataires au plan interne des informations nécessaires à l'accomplissement de leurs missions et dans la limite de leurs attributions respectives sont :*

- administration centrale, pour le bilan académique d'activité annuelle et l'un (ou plusieurs) des indicateurs sur l'état de santé anonymisé des élèves pour des besoins statistiques ;*
- rectorat d'académie : synthèse académique de l'activité des infirmiers et infirmières scolaires faite à partir des données anonymisées pour des besoins statistiques ;*
- inspection académique : rapport d'activité de tous les infirmiers ou infirmières scolaires du département établi à partir des données anonymisées transmises, pour des besoins statistiques, par le chef d'établissement... ».*

Oui, Monsieur le Président, nous croyons à vos propos que cette politique de santé à l'école doit avant tout être considérée comme une politique d'appui aux politiques scolaires. Mais cela est encore trop limitatif. Il nous semble que cette politique doit relever et être au service de la réussite scolaire de tous les élèves.

En ce sens, sous peine de perte de cohérence, elle doit relever de la compétence du ministre de l'éducation nationale, s'appuyer sur la gouvernance de celle-ci et être de la responsabilité des différents échelons décisionnels de ce ministère, Administration centrale, Rectorats, Chefs d'établissements et I.E.N (Inspecteurs de l'Education Nationale). Toute hiérarchie parallèle viendrait à fragiliser, à déresponsabiliser ces différents échelons et ainsi donner à voir que le lien entre réussite scolaire et santé à l'école n'existe que très partiellement. Malheureusement, c'est la thèse que vous semblez soutenir et qui par le passé, a conduit à des constats d'inefficacité de la santé scolaire.

#### **Venons en à vos conclusions :**

- Vous soulevez la notion de spécificité de l'exercice à l'éducation nationale. Très bien ! Mais uniquement pour les médecins en oubliant volontairement les infirmières. Nous concernant, nous demandons une formation qualifiante et validante en ESPE avec TOUS les personnels membres de l'équipe pédagogique et éducative qui est la seule équipe, à notre sens, au cœur du réacteur de la réussite scolaire de tous les élèves.
- Vous déplorez l'inexistence d'équipe de santé scolaire ; Compte tenu du sens de recrutement des professionnels de santé à l'EN « *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. Il est évident que les principes de hiérarchie fonctionnelle découlent de ce sens du recrutement

- Vous affirmez : *« Les rapports hiérarchiques sont différents pour les médecins, les infirmières, les assistantes sociales et les psychologues. La coopération médecins-infirmières n'est pas évidente, au contraire. Les textes les plus récents séparent d'ailleurs les visites obligatoires du médecin et de l'infirmière, consacrant les premiers à l'école primaire et les secondes au collège et au lycée, ce qui rend bien plus aléatoire la visite des enfants de 6 ans en grande section de maternelle. »* Accepter cette assertion reviendrait à dire qu'il est difficile voire impossible, en matière de santé à l'école, de travailler avec les enseignants, les personnels de directions, les cuisiniers au motif qu'il ne sont pas dans l'équipe gouvernée par le médecin.
- *« En 2015, le Conseil national de l'Ordre des médecins avait demandé aux ministres de l'Education nationale et de la Santé de maintenir la visite des enfants de 11 ans par un médecin [18] »*. Les politiques ont pris leurs responsabilités : La visite médicale des 6 ans n'était pas assurée à 100% loin s'en faut. A fortiori celle des 9, des 12 ans et des 15 ans (Précédente version de l'article L 541-1). Comment oser affirmer qu'il doit y avoir une visite médicale à 11 ans, qu'on veut la faire, quand on ne réalise pas celle des 6 ans alors qu'on en a les moyens (voir supra).
- *« Le fonctionnement de l'équipe n'est pas défini dans les textes alors qu'une réorganisation de ce fonctionnement entre toutes ces professions de santé serait nécessaire. »* Faux ! Le fonctionnement de l'équipe est défini dans les textes tant dans ceux des missions des personnels médecins ou infirmiers que dans les textes sur les parcours éducatifs de santé. Qu'ils ne satisfassent pas les médecins de l'éducation nationale qui ont peur d'y perdre *« du pouvoir »* est une chose, mais on ne peut pas affirmer que le fonctionnement n'est pas défini.

De manière constante depuis 1984, date de dissolution de la santé scolaire, les médecins ont toujours refusé que le ministre de l'éducation nationale soit responsable de la santé des élèves avec les conséquences évidentes en matière de structuration, de hiérarchie et de rendre compte, contrairement aux infirmières qui, depuis 1947 œuvrent au quotidien au sein des établissements de l'éducation nationale.

- *« Pour pallier la carence actuelle des médecins et renforcer la notion d'équipe il est souhaitable que les infirmières reçoivent un enseignement spécifique suffisamment long (2 à 6 mois) avec une valence sociétale et environnementale. »* Il n'appartient pas aux syndicats de médecins de l'éducation nationale de se prononcer sur ce sujet pas plus qu'il n'appartient au SNICS de se prononcer sur la formation des médecins, (Quoi que ?). Par ailleurs, les syndicats d'infirmiers tout aussi représentatifs, voire plus, que ceux des médecins ont fait des propositions en ce sens avec la reconnaissance, la formation de leur exercice au grade de master et la reconnaissance comme une spécialité infirmière.

**Vous comprendrez, Monsieur le Président, notre mécontentement au regard de votre rapport émaillé d'inexactitude et entaché d'une subjectivité certaine.**

**Nous restons cependant à votre disposition pour vous fournir tous éléments complémentaires, et éventuellement pour vous rencontrer.**

**Au nom de notre organisation syndicale, et de toutes les infirmières de l'éducation nationale qui œuvrent depuis plus de 70 ans au service des élèves et de leur réussite scolaire, je vous prie d'accepter, Monsieur, l'expression de nos sentiments respectueux.**

**Le SNICS-FSU**

## ANALYSE STATISTIQUES ANNEE 2010-2011

Cette analyse porte sur un panel de 1095 infirmières de l'éducation nationale soit près de 15% du corps.

Ces infirmières sont réparties dans 17 académies sur 30. Il est à noter que la notion de postes mixtes (Etablissement + secteur primaire de recrutement) recouvre des réalités différentes selon les académies tant dans la répartition du temps entre les deux exercices que dans la définition même du poste mixte, ce sont parfois des lycées avec du primaire, des LP voire une EREA.

### **La répartition des emplois du panel est la suivante :**

Type exercice	Nombre d'Infirmières	Nombre d'ETP
Collège	640	450
LEGT et Lycées	288	268
LP	146	133
EREA	14	13
1 <sup>er</sup> Degré	317	128

L'objectif de cette étude est d'évaluer les besoins des élèves telles qu'ils sont exprimés dans les infirmeries des collèges, lycées, LP, EREA et écoles du premier degré.

Ces besoins sont répertoriés sur le cahier de l'infirmière que chaque IDE de l'éducation nationale est dans l'obligation de renseigner pour chaque passage d'élève dans son infirmerie.

Il est à noter que nous n'avons obtenu aucun recours des infirmières exerçant dans l'enseignement supérieur d'une part et que nous avons écarté les résultats de deux académies, Lille et Rouen, car la synthèse de leur académie n'était pas exploitable.

### **1 Problématique Générale.**

L'enquête repose sur un panel de 927085 élèves scolarisés dans les premiers et seconds degrés public.

Ces élèves sont venus consulter les infirmières 1 925 554 fois sur la période écoulée soit un ratio de passage de 2.08 fois pour l'année écoulée.

La répartition est différente selon la catégorie de l'élève (Externe, demi-pensionnaire ou interne).

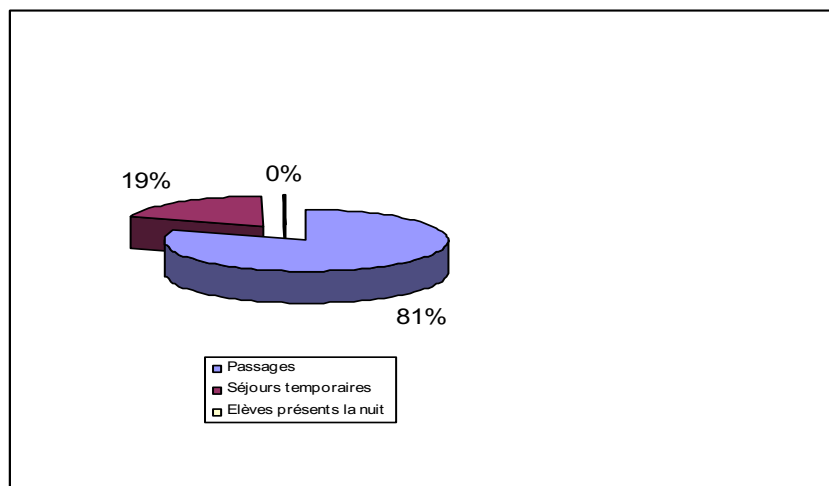
Ainsi le ratio de passage est de 1.32 pour les élèves externes, 2.84 pour les demi-pensionnaires et de 6.03 pour les élèves internes.

Le ratio de consultations rapporté à l'effectif des élèves scolarisés selon le lieu de scolarisation est éclairant sur la demande des élèves.

Ainsi le ratio est de 3,2 pour les collégiens, de 3,06 en LEGT, de 2,21 en Lycée, de 2,71 en LP, de 0,77 en écoles et de 15,1 en EREA.

## 1.1 Les Passages à l'infirmierie

Il est à noter que le nombre de passages d'étudiants (BTS, Classes Prépa etc.) dans les infirmeries représente plus de 42 000 passages soit 2.27% des accueils à l'infirmierie et que le nombre de personnels est également significatif avec près de 18500 passages soit 0.98% totaux alors que le nombre de personnels exerçant dans les écoles et établissements est très inférieurs au nombre d'élèves scolarisés.



Le nombre d'élèves présents la nuit dans les infirmeries peut paraître faible (3312) mais il est à relativiser au regard du nombre d'élèves internes scolarisés, 24950. de fait en valeur relative il est beaucoup plus significatif, ratio de 7,53 alors qu'il est de 2,84 pour les demi-pensionnaires et de 1,35 pour les élèves externes.

Les passages inférieurs à 10 minutes à l'infirmierie sont la majorité des cas puisqu'ils représentent 90,67% des consultations à l'infirmierie, les séjours temporaires avec évacuation vers les familles ne représentant que 6,7%. Et les évacuations vers des structures hospitalières ne représentent que 0.43% des cas avec un nombre d'élèves concernés de 8363.

### Les passages selon les lieux de scolarisation.

La nature des passages (passages courts, séjours temporaires et élèves présents la nuit) varie peu selon le lieu de scolarisation dans le second degré. En revanche dans le premier degré ce sont les « séjours temporaires » qui prédominent, cela peut s'expliquer probablement par le type de missions qui y est mené, principalement des actions de dépistages et de suivi infirmiers

Lieu de scolarité	Passages	Séjours temporaires	Elèves présents la nuit
Collège	87,70%	17,27%	0,06%
LEGT	81,40%	18,13%	0,05%
Lycées	78,25%	21,66%	0,09%

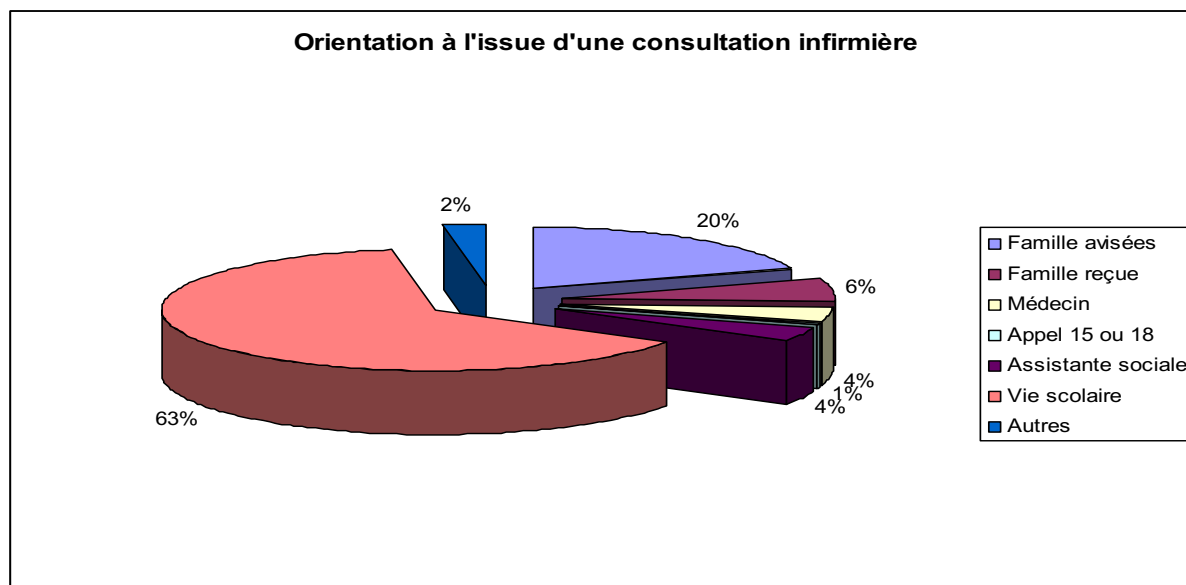


LP	79,07%	20,74%	0,19%
EREA	89,55%	10,40%	0,09%
1er degré	37,37%	62,30%	0%

## 2.2 Après la consultation infirmière ?

Le retour en cours semble être la règle après une consultation infirmière (63%). Dans près d'un cas sur 5 il y a contact avec la famille.

Le contact avec les médecins ou les assistantes sociales sont respectivement de 2023% et 2.10%.



Des disparités existent cependant selon le lieu de scolarisation, ainsi l'orientation vers la famille qui varie de 5,75% au lycée à 9,03% au LEGT n'est seulement que de 1,80% en EREA ce qui pourrait s'expliquer par la nature même des élèves qui y sont scolarisés et des difficultés sociales que ces élèves rencontrent. De même dans le premier degré l'orientation vers la famille ne représente que 0,24%, ce qui s'explique par la nature des actes infirmiers qui y sont mis en œuvre. En effet l'activité de soins techniques relevant d'une situation de soins y est peu présente.

Lieu de scolarité	Vie scolaire	Famille	Hôpital
Collège	92,76%	6,82%	0,40%
LEGT	90,53%	9,03%	0,40%
Lycées	93,78%	5,75%	0,50%
LP	93,16%	6,27%	0,60%
EREA	97,86%	1,80%	0,30%
1er degré	99,76%	0,24%	0%

## Quel travail en équipe après une consultation infirmière ?

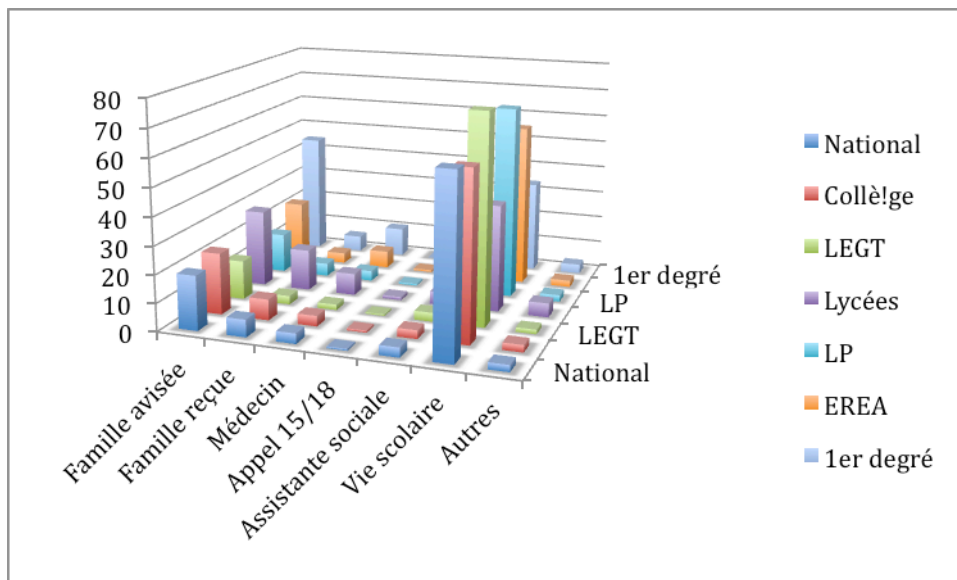
Tous secteurs d'exercices confondus la première liaison engagée par les infirmières, après un passage à l'infirmierie, est celle avec la vie scolaire avec un pourcentage d'orientation compris entre 58,8% et 75,04%. Deux secteurs sont en deçà de ces chiffres, les lycées avec un taux de liaison de 38,46% et un taux de liaison avec les familles de 27,95%. Ces chiffres nous interrogent car dans les LEGT le % de liaisons engagées avec la vie scolaire est le plus élevé 75,04%

En revanche dans le premier degré ce sont les liaisons avec les familles qui prédominent avec 44,53% et celles avec la vie scolaire 33,50%.

Les liaisons avec les assistantes sociales sont comprises entre 2,08% dans le premier degré et 4,91% en LP. Ce taux est beaucoup plus élevé en EREA avec 6% des liaisons engagées.

De même le recours au médecin de l'éducation nationale oscille entre 2,02% et 7,96% à l'exception du premier degré où il domine à 10,66%

Il semblerait donc que deux formes de travail en équipe apparaissent, une dominante dans l'enseignement secondaire tous types d'établissements confondus qui est celle du lien avec la vie scolaire et une autre dans le premier degré qui est de type « *médecin éducation nationale et famille* ».



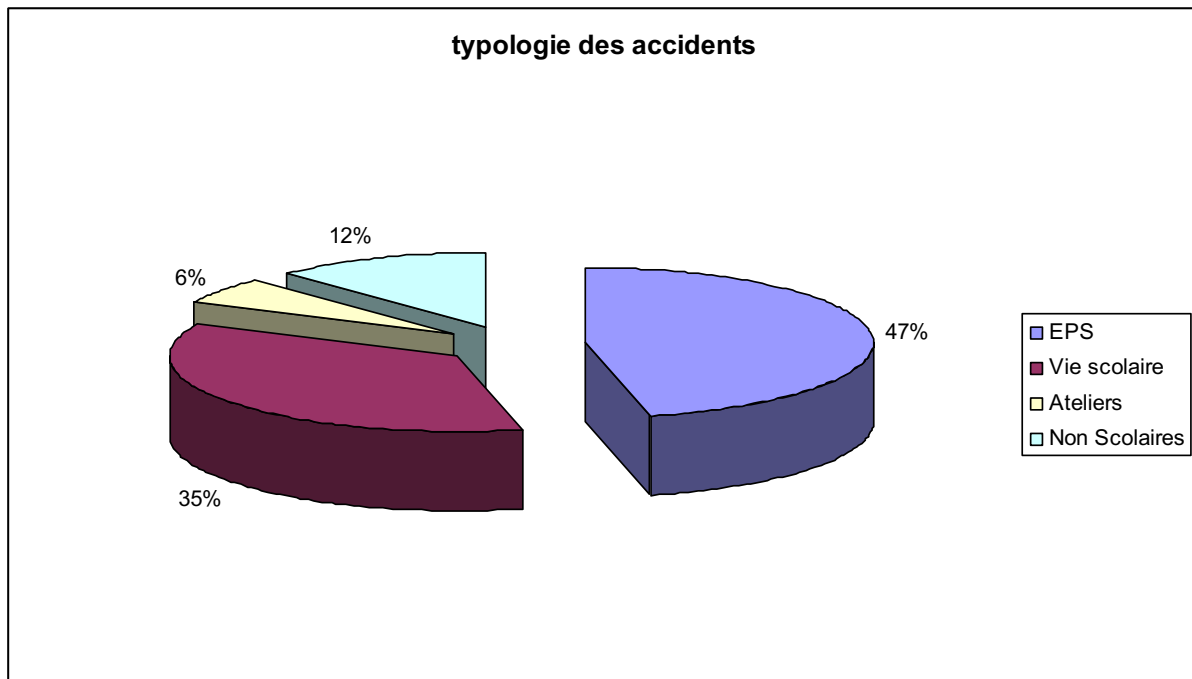
### 1.2 Les accidents

Ils représentent 3.82 % des motifs de passages dans les infirmeries et se répartissent de la façon suivante :

Y compris en LP où ils représentent 33% des accidents contre 27% pour les accidents d'ateliers.

Les accidents de vie scolaire représentent 35% des accidents et sont donc la deuxième

cause d'accidents les accidents non scolaires étant la troisième cause avec 12,2%.

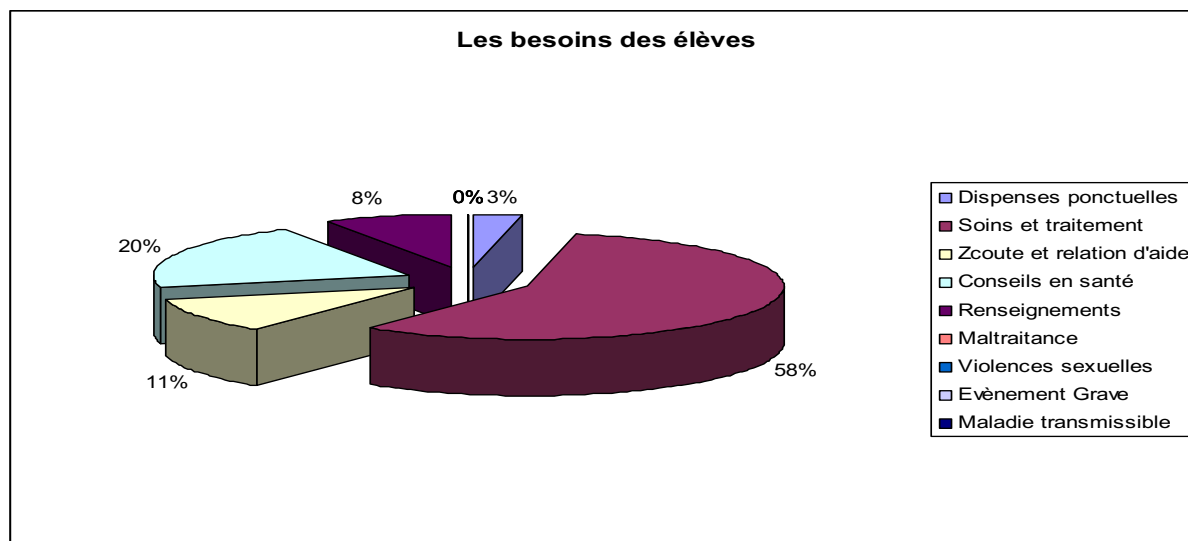


L'EPS est de loin, en valeur absolue, la principale cause d'accident elle l'est encore plus si on la relativise au nombre d'heures pendant lequel les élèves sont exposés.

## 2 les besoins exprimés par les élèves.

Ces besoins sont, en fait, évalués à partir de la grille de lecture qui s'impose à l'infirmière par le cahier de l'infirmière. Il est à noter que, pour l'instant, le logiciel SAGESSE ne permet de faire apparaître que les besoins exprimés par les élèves et non pas les besoins observés par l'infirmières alors que cette dernière est dans l'obligation de les saisir.

Malgré ce prisme qui édulcore le diagnostic infirmier les 3 premières causes de consultation de l'infirmière sont la demande de soins et de traitements, la demande de conseils en santé et la demande d'écoute et de relation d'aide. Il serait certainement intéressant de pouvoir le confronter aux besoins observés par l'infirmière.



Il est intéressant d'affiner cette analyse des besoins exprimés en fonction des lieux de scolarisation, car des disparités apparaissent qui sont révélatrice de besoins différents des élèves et par voie de conséquence de professionnalités à mettre en œuvre.

Ainsi la demande de soins et traitements prédomine en collège et EREA avec près de 65% des demandes alors qu'en premier degré elle ne représente qu'un peu plus de 8%.

Le demande de soins d'écoute et de relation d'aide est la deuxième cause de consultation en LEGT et lycées, en LP elle représente également un pourcentage conséquent de près de 16%.

De manière générale la deuxième cause de consultations sont des demandes de conseil en santé .

	Dispenses	Soins et Traitements	Ecoute et relation d'aide	Conseil en santé	demande de renseignements
National	2,99%	57,34%	10,94%	20,38%	7,96%
Collège	1,62%	61,67%	6,48%	23,23%	6,67%
LEGT	2,32%	57,66%	17,42%	15,06%	6,87%
LP	7,20%	47,94%	15,86%	17,82%	11,08%
EREA	0,73%	64,28%	7,93%	18,40%	8,58%
1er degré	0,09%	8,21%	9,56%	68,70%	12,98%

Les demandes liées à la maltraitements, aux violences sexuelles représentent de faibles pourcentages mais leur nombre n'est pas à négliger.

Ainsi c'est 584 élèves qui sont venus consulter les infirmières pour des maltraitements dont 381 en collège et 54 en premier degré. Pour les violences sexuelles c'est 199 élèves dont 108 en collège et 3 en premier degré.

### 3. La contraception

Ce sont 2095 jeunes filles qui sont venues solliciter ces 1095 infirmières pour obtenir la contraception d'urgence. Les infirmières l'ont délivrées 1945 fois dont 1850 à des élèves mineures et 436 à des élèves majeures.

#### Contraception d'urgence

	demandée	délivrée par l'infirmière	Elèves mineures	Elèves majeures
National	2095	1945	1850	436
Collège	689	559	517	60
LEGT + Lycées	952	932	878	243
LP	441	429	439	123
EREA	12	24	15	10

### 4 Le suivi des élèves

17,60 % des élèves venus consulter l'infirmière et ont fait l'objet d'un suivi infirmier sur la durée alors que 2.46% d'entre eux ont nécessité un examen à la demande auprès du médecin de l'éducation nationale.

Il est à noter que durant cette période ces 1095 infirmières ont signalées aux autorités judiciaires ou en charge de la protection de l'enfance 1411 adolescents

### 5-Les actions éducatives.

548143 élèves réparties dans 13485 classes ont bénéficié de séquences d'éducation à la santé pour lesquelles l'infirmière était partie prenante. Ce sont au total 12377 actions d'éducation à la santé qui ont été réalisées et dans 52.5% des cas intégrées à un projet d'école ou d'établissement. L'infirmière les réalise parfois seules (35%) mais le plus souvent en partenariat. De plus ces infirmières ont menées 1156 actions de recherche en santé seules et 429 en partenariat.

Les actions d'éducation à la santé concernent prioritairement les collèges avec 7621 classes et 6930 actions menées. En revanche le relatif faible nombre en EREA doit être relativisé au regard du nombre d'établissements ayant répondu, 14 infirmières.

Quant au nombre d'actions dans le premier degré il ne peut pas s'expliquer par le nombre d'infirmières ayant répondu à l'enquête.

	Actions éducatives				
	Nombre de classes	Nombre d'élèves	Action Infirmière seule	Action en partenariat	Actions dans un projet
National	13335	548143	4330	8047	6458
Collèges	7621	284874	2265	4765	3891
Legt+ Lycées	2854	111553	434	444	762

LP	1658	119564	809	1465	1213
Erea	109	2463	39	103	100
Ecoles	1183	29563	778	264	483

## 5 Réunions et formations.

Ces infirmières ont bénéficié de 2520 jours de formation soit 2.3 jours par infirmières. Elles ont en revanche délivrées des formations à 4744 étudiants et élèves, encadré 531 étudiants en soins infirmiers et 1394 personnels et délivrer 5900 AFPS.

Elles se sont réunies 16935 fois en interne et 3232 fois dans des réunions externes à notre institution ce qui représente un volume horaire de 30913 heures soit un peu plus de 28 heures par infirmière et par an.