



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin de l'Éducation Nationale

Date du Jury : 2 juillet 2002

Problématique de la prise en charge des soins médicaux en milieu scolaire

(Vers une démarche de santé communautaire ?)

Dorothée DUMEUR

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 - MÉTHODOLOGIE	4
1.1 Recherche bibliographique	4
1.2 Analyse de données statistiques pour une approche des soins médicaux en milieu scolaire et de l'urgence de la prise en charge.....	5
1.3 Enquête sur le terrain	5
1.3.1 Observation de l'organisation des soins médicaux sur 3 collèges du département	5
1.3.2 Entretiens dans les 3 collèges étudiés : Chefs d'établissement, enseignants, Conseillers Principaux d'Education (CPE).....	6
2 - DÉFINITIONS ET CONCEPTS.....	7
2.1 Soins.....	7
2.2 Urgences	7
2.3 Demande dans l'urgence, le principe d'urgence	10
2.4 Gravité.....	10
3 - LE CADRE RÉGLEMENTAIRE ET JURIDIQUE	11
3.1 Les circulaires et les textes.....	11
3.1.1 Circulaire n°86-144 du 20 mars 1986.....	11
3.1.2 Le protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les EPLE	11
3.1.3 Circulaire (du 11 novembre 1999) concernant l'accueil des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé	12
3.1.4 Analyse.....	13
3.2 Conséquences en termes de responsabilité et contentieux	14
3.2.1 Circulaire n° 96-248 du 25 octobre 1996	14
3.2.2 Conditions d'applications de la loi	15
4 - ÉTAT DES LIEUX CONCERNANT LES SOINS MÉDICAUX EN MILIEU SCOLAIRE	18
4.1 Statistiques de la DESCO concernant les passages à l'infirmerie	18
4.2 Thèse de médecine : problèmes posés par les urgences médicales en milieu scolaire. V. Duval 1992.....	19

4.3	Statistiques de l'Observatoire national de la Sécurité des établissements scolaires et d'enseignement supérieur.....	20
4.3.1	Décès d'origine non accidentelle	21
4.3.2	Décès d'origine accidentelle	22
4.4	Les allergies alimentaires	23
4.4.1	Décès par allergie alimentaire	23
4.4.2	Place de l'allergie alimentaire en milieu scolaire	24
4.5	Les enfants asthmatiques à l'école	25
4.6	Statistiques des passages à l'infirmier pour le département de l'Aisne année 2000-2001 :.....	25
4.7	Le nombre d'appels au SAMU émanant des structures scolaires.....	25
5	- ENQUÊTE SUR LE TERRAIN	27
5.1	Observation : Organisation de la prise en charge des soins et des urgences dans les 3 collèges étudiés.....	27
5.1.1	Collège centre ville : 760 élèves.....	27
5.1.2	Collège rural : 360 élèves.....	28
5.1.3	Collège ZEP : 870 élèves	29
5.2	Analyse des entretiens : analyse thématique.....	30
5.2.1	Entretiens avec les chefs d'établissement	30
5.2.2	Entretiens avec les CPE	33
5.2.3	Entretiens des enseignants	33
6	- EXPÉRIENCE SUR LE TERRAIN CONCERNANT L'INTÉGRATION D'ENFANTS PRÉSENTANT UNE ALLERGIE ALIMENTAIRE.....	38
7	- ANALYSE ET DISCUSSION.....	39
7.1	Fonctionnement des infirmeries dans les établissements étudiés	39
7.1.1	L'infirmerie cloisonnée	39
7.1.2	L'offre et la demande des soins	39
7.2	Les décès recensés en milieu scolaire.....	40
7.3	Mise en perspective, le contexte de la santé en France	41
7.3.1	Résumé du rapport triennal du HCSP de 2002	41
7.3.2	Consommation de médicaments en France et dans les établissements scolaires	42
7.3.3	Expertise collective de l'INSERM concernant l'éducation à la santé des jeunes ...	43
7.3.4	Le concept de santé communautaire, la place de l'école	43
7.4	Apprendre à porter secours.....	44

7.5	Place des CESC et des CHS dans cette problématique	45
7.6	Discussion de la validité de la première hypothèse	46
7.7	Discussion de la validité de la deuxième hypothèse	47
7.8	Conclusion de l'analyse	49
8	PROPOSITIONS.....	50
8.1	propositions issues des différents documents utilisés dans ce mémoire... 50	
8.1.1	Formations aux soins d'urgences.....	50
8.1.2	Information concernant l'usage des médicaments.....	51
8.2	Nos propositions	51
8.2.1	Formation des enseignants	52
8.2.2	Rôle des médecins de l'éducation nationale	53
8.2.3	Stratégie et moyens d'action.....	56
8.3	Circulaire n°2002-098 du 25-4-2002 concernant la politique de santé en faveur des élèves	58
	CONCLUSIONS.....	59
	BIBLIOGRAPHIE	61
	ANNEXE.....	65

Liste des sigles utilisés

SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
mEN	Médecin de l'Education Nationale
ILP	Intervalle Libre Pré-thérapeutique
DESCO	Direction de l'Enseignement Scolaire
HCSP.	Haut Comité de Santé Publique
AFPS	Attestation de Formation aux Premiers Secours
CCMU	Classification Clinique de Médecine d'Urgence
UA	Urgence Absolue
EA	Extrême Urgence
UR	Urgence Relative
UP	Urgence Potentielle
UD	Urgence Dépassée
TIAC	Toxi- Infection Alimentaire Collective
EPLÉ	Etablissement Public Local d'Enseignement
BOEN	Bulletin Officiel de l'Education Nationale
SST	Sauvetage Secourisme du Travail
PAI	Projet d'Accueil Individualisé
AFPRAL	Association Française pour la Prévention des Allergies
CESC	Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté
CHS	Commission Hygiène et Sécurité
ZEP	Zone d'Education Prioritaire
EPS	Education Physique et Sportive
IUFM	Institut Universitaire de Formation des Maîtres
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
CFES	Comité Français d'Education pour la Santé

INTRODUCTION

Ayant travaillé dans le secteur hospitalier (principalement dans des services d'urgences) avant de devenir médecin de l'éducation nationale, j'ai été surprise, en arrivant dans les établissements scolaires, de l'attitude des personnels concernant la prise en charge des soins médicaux.

De part mon expérience, j'assimilais les soins à réaliser dans le cadre scolaire aux soins médicaux urgents (les autres soins non urgents devant, pour moi, être pris en charge à l'extérieur de l'école). Le nombre d'hôpitaux de proximité, les services d'accueil et d'orientation des urgences, l'existence et l'accessibilité du SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) me semblaient un point rassurant, rendant possible l'acheminement des structures de soins vers l'école en cas de besoin. Pour le reste, j'associais les différents petits malaises et désagréments de la vie quotidienne aux difficultés auxquelles les parents étaient confrontés, et ceux-là me semblaient pas relever d'un avis médical ou paramédical.

Au premier abord, il semblait y avoir de la part des personnels des établissements un mélange de négligences et d'inquiétudes qui se manifestaient par les faits suivants :

Dans les établissements où se trouvait une infirmière à temps plein, l'absence de celle-ci (par exemple pour une formation) causait beaucoup d'émois.

Certains chefs d'établissement refusaient l'inscription à l'école ou la fréquentation de la cantine à des enfants porteurs d'allergies alimentaires.

Durant les temps de visites médicales avec l'infirmière, nous étions sans cesse dérangées pour des motifs les plus variés (appel pour des plaies superficielles nécessitant une simple désinfection, pour des ecchymoses sans gravité...), et parfois nous apprenions, deux ou trois jours après les faits, qu'un élève s'était violemment cogné la tête sans que nous en ayons été avisées, alors que nous étions dans l'établissement.

Je me suis efforcée de répondre le plus vite possible à ces inquiétudes en organisant une information médicale sur la reconnaissance des urgences et la conduite à tenir en de tels cas. Et grande a été ma surprise en constatant que ma réponse était inadaptée. J'avais organisé, à l'heure du déjeuner, un exposé débat sur l'organisation des urgences et la conduite à tenir dans différentes situations que l'on pouvait rencontrer en milieu scolaire (traumatismes, crise d'asthme, crise d'épilepsie, malaise chez un diabétique...) ; j'y détaillais aussi des repères pour l'évaluation de la gravité. Alors que nous avons convenu ensemble de

la date et de l'heure de l'intervention, seuls 2 ou 3 enseignants étaient présents. J'ai organisé deux autres interventions pensant que le jour, pour une raison qui m'échappait, ne leur convenait finalement pas, mais il n'y eut pas plus de participants.

Voulant connaître les raisons de ce désintérêt, les enseignants m'ont fait part de leur crainte vis-à-vis d'une formation qui les obligerait, selon eux, à s'impliquer dans la prise en charge des soins dans l'établissement et risquerait de les entraîner dans des procédures judiciaires au cas où ils ne réussiraient pas à soigner correctement l'élève. D'autre part, du point de vue des chefs d'établissement, il y avait bien d'autres priorités actuellement au collège.

Les quelques participants semblaient satisfaits de l'intervention et considéraient que la formation aux premiers secours était essentielle pour l'exercice de leur profession. Les autres continuaient à se plaindre des difficultés générées par leur manque de formation.

Un chef d'établissement refusait même la participation de l'infirmière à des journées de formation « au cas où il arriverait quelque chose ce jour là ».

L'augmentation des recours juridiques, les recherches de responsabilité sont des faits régulièrement commentés par la presse. La fatalité, à l'école comme ailleurs, est de moins en moins acceptée. D'une manière générale, les usagers des services publics veulent une qualité de prestations à la hauteur de leurs attentes, qu'ils assimilent à un droit. Certains parents souhaitent que la prise en charge à l'école soit complète et parfaite sur le plan pédagogique, éducatif, nutritionnel et sanitaire (ce qui pour certains veut dire amener les enfants malades à l'école et les retrouver miraculeusement guéris). La pression engendrée par ces demandes a peut-être l'effet inverse de celui escompté.

Suite à ce constat, je me suis documentée sur l'organisation des soins et des urgences dans les établissements scolaires, j'ai lu les différents textes et circulaires qui s'y rapportaient. Les rôles de chacun semblaient définis, les attendus juridiques accessibles à la compréhension après plusieurs lectures.

Au cours de mon activité en milieu scolaire, je n'ai jamais été confrontée à une urgence vitale. Cependant, du fait de mon activité antérieure, je garde le sentiment qu'à tout moment, nous pouvons être confrontés à la survenue d'une urgence vitale pour laquelle il est indispensable de réagir de façon adéquate. C'est pourquoi, malgré l'échec de mes premières interventions, je n'ai pas abandonné l'idée d'essayer d'intervenir de façon adaptée pour améliorer la prise en charge des premiers soins.

J'ai donc voulu comprendre pourquoi les enseignants étaient inquiets d'avoir à faire face à une demande ou un besoin de soins médicaux. Après un rapide état des lieux, j'ai privilégié deux hypothèses :

- Les enseignants sont inquiets parce qu'ils craignent de prendre en charge de façon inadaptée les demandes et les besoins de soins médicaux ; la peur d'une implication juridique étant liée à cette crainte.
- La seule existence de protocoles (protocoles d'alerte au SAMU, conduite à tenir en cas d'urgence dans les PAI (Projet d'Accueil Individualisé)) ne suffit pas à réduire l'inquiétude des enseignants.

La compréhension de ce problème me semble le préalable indispensable pour ensuite déterminer comment l'intervention du mEN (Médecin de l'Éducation Nationale), médecin pour et dans les écoles, référent et conseiller technique du chef d'établissement pour les questions relatives à la santé, peut aider le personnel des établissements à surmonter leur inquiétude pour agir et orienter leur action vers une prise en compte raisonnée et adaptée des risques.

1 - METHODOLOGIE

Pour approcher la question de l'inquiétude concernant la prise en charge des soins médicaux en milieu scolaire, nous avons voulu connaître le contexte des soins, c'est à dire les situations médicales qui pouvaient être rencontrées à l'école et devant être traitées dans les 4 ou 8 heures au maximum.

Il nous fallait aussi connaître les attendus juridiques des soins en milieu scolaire (aspects réglementaires et jurisprudence) ainsi que le contexte de la santé à l'école et hors de l'école. Ces données ont été confrontées ensuite à ce qui a pu être observé sur le terrain. Nous allons utiliser dans ce mémoire trois types de données (bibliographiques, statistiques et enquêtes).

1.1 RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Nous allons chercher à préciser dans quel cadre se situe la problématique et chercher à :

- Identifier le cadre réglementaire des soins en milieu scolaire (circulaires, protocoles) ;
- Identifier les références juridiques concernant les soins en milieu scolaire (à travers les textes de références et le travail de mémoire du docteur P. Taudou) ;
- Approcher le concept de l'urgence : Nous utiliserons pour cela quelques publications et les travaux exposés lors des assises nationales de la santé de l'enfant et de l'adolescent en novembre 2001 ;
- Préciser la place des soins en milieu scolaire dans le cadre des maladies chroniques chez l'enfant en prenant l'exemple de l'asthme et de l'allergie alimentaire.

Nous nous baserons sur les textes de références et des publications afin de :

- Connaître les données concernant l'état de santé des enfants d'âge scolaire : Nous utiliserons pour cela les travaux d'expertises de médecins de santé publique ;
- Connaître les orientations de la santé publique en France : nous chercherons à approcher ce que les experts identifient comme problèmes de santé publique pour

appréhender quel peut être le rôle de l'école et des médecins de l'éducation nationale pour contribuer à intégrer ces données à notre travail.

1.2 ANALYSE DE DONNEES STATISTIQUES POUR UNE APPROCHE DES SOINS MEDICAUX EN MILIEU SCOLAIRE ET DE L'URGENCE DE LA PRISE EN CHARGE.

Nous cherchons à connaître quelle est l'ampleur et la nature des demandes de soins médicaux en milieu scolaire et nous avons trouvé plusieurs sources de données concernant les événements médicaux en milieu scolaire :

- Données de la DESCO (Direction de l'Enseignement Scolaire) concernant les passages à l'infirmerie
- Données de la thèse de médecine du docteur Duval V. Problèmes posés par les urgences médicales en milieu scolaire : étude réalisée dans les Etablissements Publics d'Enseignement Secondaire de la Somme –1992-AMIENS
- Données de l'Observatoire national de la Sécurité des établissements scolaires et d'enseignement supérieur (Rapports de 1996 à 2001).
- Nombre d'appels au SAMU du département émanant des structures scolaires.
- Données du service de promotion de la santé en faveur des élèves du département de l'Aisne concernant les passages à l'infirmerie et les suites données.

1.3 ENQUETE SUR LE TERRAIN

Trois établissements du second degré (3 collèges) ont été choisis en raison de leurs caractéristiques différentes (de situation, de recrutement et d'organisation).

1.3.1 Observation de l'organisation des soins médicaux sur 3 collèges du département

Le but de cette observation est de déterminer, pour trois collèges d'un même secteur :

- Le mode de prise en charge des soins médicaux en fonction de leur situation géographique, des personnels impliqués et de « l'histoire » du collège ;
- L'ampleur des soins qui y sont pratiqués.

1.3.2 Entretiens dans les 3 collèges étudiés : Chefs d'établissement, enseignants, Conseillers Principaux d'Education (CPE).

Le but de ces entretiens est de comprendre quelles sont les inquiétudes des personnels des établissements étudiés concernant la prise en charge des soins médicaux et quels facteurs influencent cette inquiétude. Nous chercherons également à connaître dans quel contexte s'expriment ces inquiétudes à travers des entretiens semi-directifs à percevoir les représentations de la santé, des soins médicaux et du cadre réglementaire par les personnels des établissements ainsi que leurs expériences par rapport à ces thèmes.

Nous analyserons ensuite ces données que nous discuterons à la lumière des références bibliographiques et statistiques présentées. Après cette analyse, nous verrons quel peut être le rôle du médecin de l'éducation nationale dans cette problématique.

2 - DEFINITIONS ET CONCEPTS

La précision de l'objet d'étude étant indispensable pour mener à bien toute réflexion, nous préciserons ici les termes employés avant d'entrer dans le vif du sujet.

2.1 SOINS

Selon le dictionnaire « le Robert », la définition du mot « soin » est multiple :

- Soigner, c'est s'occuper du bien être de quelqu'un.
- Les soins sont aussi les actes par lesquels on soigne et peuvent être aussi utilisés pour le mot traitement.
- « Soin » veut aussi dire attention, prévenance et sollicitude.

Dans ce mémoire, nous traiterons des soins médicaux, c'est à dire que nous excluons ceux d'autres natures relatifs à une maltraitance, faisant référence à l'attention et la demande affective, pédagogiques, de prévention... Nous envisageons d'appréhender la question des demandes formulées et des besoins de soins médicaux constatés ou supposés.

2.2 URGENCES

La demande de soins en milieu scolaire, hors internat, suppose une certaine urgence puisqu'on ne peut pas attendre les 4 ou 8 heures nécessaires pour que cette demande transite par les parents ou la famille. Par ailleurs, la perception de l'urgence est telle qu'elle incite à abandonner le cours pour aller consulter.

Etudions donc le concept de l'urgence dans ce contexte particulier. Selon « le Robert », est urgent « ce dont on doit s'occuper sans retard ».

Toutefois, l'urgence réside-t-elle dans la demande formulée ? Dans la réponse à apporter ? Et qui détermine l'urgence de la réponse ?

De nombreuses publications ont été faites sur ce sujet qui intéresse, entre autres, les médecins des services d'urgences, le recours aux services d'urgences ayant augmenté régulièrement depuis une dizaine d'années sans corrélation avec la réalité de la pathologie (la

mortalité et la morbidité continuant à décroître dans nos pays). L'offre de soins, l'accessibilité (en terme financier, de disponibilité) et l'inquiétude des citoyens semblent jouer sur l'augmentation de cette fréquentation (29)(5).

Il est à noter que les auteurs des ouvrages médicaux consacrés à l'urgence ne définissent pas ce dont ils parlent. Les chapitres sont traités en partant du symptôme ou de la situation clinique, et c'est lors de la lecture que sont évoqués les éléments d'évaluation de la gravité et de la prise en charge (urgente ou non) en fonction de cette évaluation.

Dans un document de travail rédigé par les professeurs Baron, Lejonc et Neimitz (22), nous avons trouvé une définition de la médecine d'urgence : « la médecine d'Urgence est la science de l'aigu, c'est à dire de la prise en charge des motifs de recours non programmés et indifférenciés. Elle est la médecine de la première heure avec son contexte spécifique du processus de décision : simultanéité de l'identification des signes de gravité et de la décision des actions. (...) Elle est aussi la science d'une orientation cohérente des patients, adaptée au niveau de soins que nécessite leur état clinique. » Dans cette définition, l'urgence est abordée du côté de la demande, c'est à dire une demande non programmée et indifférenciée.

Du point de vue des médecins des services d'urgences, il existe la classification clinique de médecine d'urgence (CCMU). Cette classification permet de préciser la nature des passages aux urgences qui, selon cette classification, pour les urgences pédiatriques, seraient de 10% d'urgences graves et 90% de consultations non programmées. C'est une classification à postériori, après avis médical (29).

La classification des urgences pour les médecins du SAMU est un peu différente, puisqu'elle est utilisée pour connaître les moyens à mettre à disposition pour prendre en charge les demandeurs et trier les demandes. On définit ainsi lors de l'appel au SAMU les :

- U.A : urgences absolues comprenant les EU ou extrêmes urgences devant être traitées par un intervalle libre pré- thérapeutique (ILP) de moins de 5 minutes, et les U1 devant être traitées par un intervalle de moins de 10 minutes ;
- U.R : urgences relatives avec les U2 : ILP de moins de 20 minutes et les U3 : ILP de 40 minutes et plus ;
- U.P : urgences potentielles. Pas de caractère d'urgence immédiate mais risque de devenir une urgence absolue (par exemple en cas de contusion abdominale et de risque de rupture de rate) ;
- U.D : urgences dépassées.

Les autres urgences faisant partie des urgences ressenties, la prise en charge en urgence n'ayant de place que par l'accessibilité de ces services ou le ressenti du patient ou de ses proches.

En milieu scolaire, la définition de l'urgence diffère en raison de la nature essentiellement préventive des missions du médecin de l'éducation nationale. L'urgence, considérée comme ce qui relève des missions des mEN, et pour laquelle il doit se rendre disponible et assurer des permanences est différente. Elle recouvre les méningites, les Toxi Infections Alimentaires Collectives (TIAC), la prise en charge d'un enfant en danger, l'aide à la gestion d'une situation de crise. Ce sont des urgences sanitaires, sociales et institutionnelles.

Bien que le médecin de l'éducation nationale doive, comme tout médecin, respecter le code de déontologie et porter assistance à un malade ou à une personne blessée, la rareté de survenue de cet événement en milieu scolaire fait que cette éventualité n'est pas envisagée spécifiquement. Ce devoir d'assistance à personne en danger est cependant rappelé dans les missions du médecin de l'éducation nationale (19), dans le cadre général « Ils peuvent être amenés à intervenir aussi dans le cadre des urgences ou de la survenue de maladies transmissibles ». Il y a un rappel du code de déontologie sous forme de renvoi aux textes dans la section « cadre juridique ».

Il est à noter que le protocole national des soins et des urgences dans les écoles et les EPLE (15) donne des repères et des consignes sur la prise en charge des urgences "protocole d'alerte au SAMU en cas d'urgence" sans définir ce qu'ils considèrent comme urgent. Il est probable que les rédacteurs considèrent urgent ce qui est présenté comme tel.

Il existe en milieu scolaire comme au niveau des hôpitaux la même confusion entre passage et urgence. Nous dirons que les demandes de soins faites dans les établissements scolaires sont des urgences médicales potentielles et que la distinction entre une demande et un besoin de soins urgents nécessite une évaluation avisée. Cette dernière peut être parfois un recours en urgence vers une structure de soins.

Nous utiliserons tout au long du mémoire les termes « demande » ou « besoin » de soins en aval de l'évaluation et urgence avérée après évaluation, sachant que le terme « urgence » employé dans les textes de l'éducation nationale regroupe vraisemblablement l'ensemble des demandes.

Nous chercherons à préciser dans les chapitres ultérieurs la proportion parmi les demandes faites en urgence, des urgences médicales « vraies » (nécessitant le recours vers une structure médicale).

2.3 DEMANDE DANS L'URGENCE, LE PRINCIPE D'URGENCE

La demande vient du fait que l'on souhaite une intervention et aussi que l'on pense qu'une réponse peut ou doit être apportée par la personne à laquelle on s'adresse. L'exigence d'une réponse immédiate n'est pas propre à ce qui est constaté dans les établissements scolaires. Lors des assises nationales de la santé de l'enfant et de l'adolescent, une partie des communications a été consacrée à ce sujet .

« Le sentiment d'urgence naît de la coexistence de l'inquiétude des parents et /ou des médecins devant une situation que l'on ne parvient pas à évaluer sereinement et de la disponibilité du service médical, que l'on ne peut qu'encourager. Mais du sentiment d'urgence, on glisse facilement au principe d'urgence, au tout, tout de suite, tout le temps, devenu aujourd'hui une exigence générale » (29)

2.4 GRAVITE

La notion de gravité est à aborder spécifiquement car ce terme est parfois employé pour qualifier les événements médicaux survenant en milieu scolaire.

Selon « le Robert », la gravité est « Caractère de ce qui a de l'importance, de ce qui peut entraîner de graves conséquences ». Il est également défini comme un caractère dangereux.

Dans ce mémoire, nous utiliserons ce terme pour qualifier certains événements médicaux pouvant entraîner des conséquences en l'absence de prise en charge adéquate. D'autres faits graves peuvent survenir en milieu scolaire (maltraitance, négligences, abus...), mais ne seront pas étudiés dans le cadre de ce travail.

3 - LE CADRE REGLEMENTAIRE ET JURIDIQUE

Dans les sections suivantes, nous commentons les circulaires et les textes définissant le cadre réglementaire et juridique, puis nous en détaillons les conséquences, en termes de contentieux et de responsabilités.

3.1 LES CIRCULAIRES ET LES TEXTES

L'activité des établissements scolaires est réglementée. La gestion des soins et des urgences n'échappe pas à la réglementation, et s'il existe une marge de manœuvre pour organiser les soins et les urgences en fonction de l'environnement de l'établissement, les bases, les fondements, les obligations et la responsabilité des personnels des établissements concernant la prise en charge des soins médicaux sont précis et détaillés dans les textes qui suivent.

3.1.1 Circulaire n°86-144 du 20 mars 1986

« Il appartient désormais aux chefs d'établissement de soumettre à leur conseil d'administration, compétent pour délibérer sur toutes les questions ayant trait aux domaines sanitaires et sociaux et la sécurité, l'organisation qui lui paraîtra de nature à répondre au mieux aux besoins des élèves et des personnels de leur établissement, des risques encourus, de l'environnement médical et hospitalier du contexte géographique et économique, des possibilités de transport, etc... (...) Il convient de rappeler que dans les établissements publics d'enseignement dans lesquels une infirmière de l'éducation nationale assure ses fonctions, il est, en cas d'urgence, de la responsabilité de celle-ci de déterminer selon l'état de santé de l'élève ou de l'agent concerné, si l'intéressé relève d'une hospitalisation, de soins médicaux ou de soins infirmiers. (...) S'il n'y a pas d'infirmière dans l'établissement, il est possible d'obtenir l'avis téléphonique compétent du service d'urgence sur les mesures à prendre, en composant soit le 15, soit le numéro du SAMU selon les départements. »

3.1.2 Le protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les EPLE

Ce protocole a été élaboré et publié dans le numéro hors série du 6 janvier 2000 du Bulletin Officiel de l'éducation nationale. Il prévoit les conditions d'accueil des élèves dans les

infirmières et détaille l'équipement nécessaire, les médicaments préconisés et le fonctionnement des infirmières. Il est ensuite précisé les conditions d'accueil en l'absence de l'infirmière et des médecins :

« En l'absence des infirmières et des médecins, les soins et les urgences, à l'exception de la contraception d'urgence, sont assurés par les personnels titulaires, soit de l'attestation de formation aux premiers secours (AFPS), soit du certificat de sauvetage secourisme du travail (SST). Toutefois, il convient de rappeler qu'il appartient à chacun de porter secours à toute personne en danger. Il revient au directeur d'école ou au chef d'établissement de mettre en place une organisation qui réponde au mieux aux besoins des élèves et des personnels de son école ou de son établissement. Il peut s'appuyer sur l'avis technique des infirmières et des médecins de l'éducation nationale. »

3.1.3 Circulaire (du 11 novembre 1999) concernant l'accueil des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé

La possibilité de prendre des médicaments par voie orale, inhalée et par auto injection en cas d'urgence est précisée. Ces dispositions ont été prises pour faciliter la vie quotidienne des enfants scolarisés confrontés à la maladie et vont dans le sens de l'intégration des enfants atteints de troubles de la santé et de l'ouverture de l'école à tous :

« Il est nécessaire que pour ces enfants, l'école apporte son concours aux parents pour l'exécution des ordonnances médicales prescrivant un régime alimentaire ou un traitement oral, inhalé ou par auto-injection. C'est dans un climat d'échange et de confiance que les personnels peuvent eux-mêmes donner, lorsque les familles le demandent et sur prescription de leur médecin, des médicaments à ces enfants en cours de traitement. »

Dans cette circulaire est également présenté le projet d'accueil individualisé ou PAI :

« Le projet d'accueil individualisé sera mis au point, à la demande de la famille, par le directeur d'école ou le chef d'établissement en concertation étroite avec le médecin de l'éducation nationale à partir des besoins thérapeutiques, précisés dans une ordonnance signée du médecin traitant, adressé sous pli cacheté au médecin de l'éducation nationale et mis à jour en fonction de l'évolution de la maladie. »

Les soins d'urgence dans ce cadre sont prévus et formalisés sous la forme d'un protocole d'intervention en cas d'urgence. Il est même prévu la possibilité d'administration d'un traitement injectable par « les adultes de la communauté scolaire ».

Le protocole et ces circulaires s'appuient sur le fait qu'en France il existe une organisation particulière pour la prise en charge des urgences : les SAMU et les SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) permettent de répondre à l'urgence pré-hospitalière en offrant un service téléphonique médicalisé (pouvant conseiller l'appelant), et un circuit d'aide adapté à la situation rencontrée (recouvrant l'appel d'un médecin libéral, le transfert à l'hôpital par ambulance privée, par les pompiers et même par une ambulance du SAMU avec un médecin urgentiste, si nécessaire).

3.1.4 Analyse

De ces textes réglementaires, on peut tirer les remarques suivantes :

- Les soins et les urgences doivent être prévus et organisés dans les établissements.
- Les rédacteurs emploient les mots « soins » et « urgences » sans les définir. Il est probable que les rédacteurs considèrent urgent ce qui est présenté comme tel et que le recours conseillé au SAMU permet d'intervenir en cas d'urgence médicale vraie et de conseiller ou rassurer dans les autres cas. Le but étant de ne pas laisser sans soins une personne en nécessitant, quitte à surcharger le service téléphonique du SAMU. La question de la surcharge téléphonique du SAMU par les personnels des établissements a été soulevée dans le rapport 2000 de l'Observatoire National de la Sécurité des établissements scolaires et d'enseignement supérieur (25) sans qu'une réponse puisse être apportée.
- Le chef d'établissement est responsable de l'organisation des soins et des urgences, il doit mettre en place, avec l'aide (sous forme de conseils et d'avis d'experts) des médecins et des infirmières de l'éducation nationale.
- Quand une infirmière est présente, c'est à elle qu'il revient de déterminer la conduite à tenir en cas d'urgence (le texte est explicite : « de la responsabilité de celle-ci »). Ce passage n'a pas dû échapper aux chefs d'établissement qui

peuvent y voir un transfert de responsabilité. Quand une infirmière est présente à temps plein, il leur semble peut-être inutile d'organiser la prise en charge des urgences lorsqu'elle est absente.

- En l'absence de l'infirmière, il est prévu dans les textes de faire appel en priorité à une personne titulaire de l'AFPS ou du SST. Cette préconisation, qui semble empreinte de bon sens, n'est peut-être pas sans conséquence sur l'attitude des personnels des établissements concernant la formation aux premiers secours.
- L'accueil d'un enfant atteint de trouble de la santé peut entraîner un surcroît de travail et obliger à évoquer les problèmes, parfois graves, qui peuvent émerger. Par exemple, la gravité potentielle de la survenue d'un choc anaphylactique est telle que le poids des responsabilités risque d'effrayer certains.

3.2 CONSEQUENCES EN TERMES DE RESPONSABILITE ET CONTENTIEUX

3.2.1 Circulaire n° 96-248 du 25 octobre 1996

« L'institution scolaire assume la responsabilité des élèves qui lui sont confiés. (...) Cette responsabilité est susceptible d'être engagée tant que l'élève doit être regardé comme placé sous la garde de l'établissement. (...) Le chef d'établissement en est également responsable, au titre des pouvoirs qui lui sont reconnus pour assurer le bon ordre, la sécurité des biens et des personnes et l'application du règlement intérieur, ainsi que pour organiser le service des personnels. (...) L'obligation de surveillance doit s'entendre au sens large, elle comporte non seulement la vigilance immédiate à laquelle est astreint le personnel de l'établissement, mais encore les mesures de prévention nécessaires pour qu'elle soit générale, efficace et adaptée à l'âge des élèves. »

Les suites contentieuses d'un défaut de surveillance sont précisées dans une annexe de la circulaire :

Les actions en réparation relèvent de deux régimes distincts :

Régime de la responsabilité civile : lorsque le dommage a pour cause une faute de surveillance. La personne lésée peut saisir les tribunaux judiciaires d'une action en dommages intérêts (application de la loi du 5 avril 1937 : la responsabilité de l'Etat se substitue à celle de l'agent).

Régime de la responsabilité administrative : lorsque le dommage trouve son origine dans une insuffisance de l'organisation du service, indépendante du fait de l'agent (la personne lésée peut chercher directement devant le tribunal administratif la responsabilité de la personne publique ayant la responsabilité du service).

La responsabilité pénale :

A la différence de ce qui vaut en matière de réparation, la responsabilité pénale est toujours personnelle. L'action pénale peut être déclenchée par le ministère public ou faire suite à la constitution de partie civile de la victime ou de ses ayant-droits. Elle est généralement fondée sur les dispositions du code pénal qui qualifient de délits d'imprudence la négligence ou le manquement à une obligation de sécurité ou de prudence prévue par la loi et les règlements, lorsqu'ils ont été cause d'une atteinte à l'intégrité de la personne. Suite aux condamnations pénales de personnels lors de l'exercice de leurs fonctions, la loi N° 2000-647 du 10 juillet 2000 a été promulguée pour préciser la définition des délits non intentionnels et remplacer le troisième alinéa de l'article 121-3 du code pénal :

« Dans le cas prévu par l'alinéa qui précède, les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer. ».

Cette loi devrait permettre de diminuer le nombre de procédures pénales en orientant les victimes vers les juridictions civiles ou administratives.

3.2.2 Conditions d'applications de la loi

Pour approcher ce qui est attendu au regard de la loi, nous nous appuyerons sur la revue de la jurisprudence réalisée par le Docteur Taudou dans le cadre de son mémoire professionnel (12) et d'une publication dans la Lettre d'Information juridique (40). Son analyse ayant pour but de comprendre ce qui est attendu au regard de la loi concernant les PAI se fonde sur

l'étude des textes juridiques concernant les soins et la revue de la jurisprudence des accidents scolaires.

Il est à noter qu'en cas de procès pour les affaires qui nous intéressent, l'appréciation du juge se fait *in concreto*. Ce sont les faits et surtout la façon dont les événements ont été traités, en fonction des moyens disponibles qui sont retenus par le juge pour sa décision finale.

La responsabilité des chefs d'établissement se situe au niveau de la prévention, de l'organisation des soins, de la mise à disposition de moyens d'alerte efficaces et rapides. Pour l'ensemble des personnels, il est attendu d'alerter les secours en cas de besoin. Tout ce qui permet une alerte plus efficace (connaissance des procédures, répétition des situations, anticipation par une formation aux premiers secours), peut être compris comme élément protecteur contre une action en responsabilité.

Concernant les soins : Le Docteur Taudou (40) nous dit : « En ce qui concerne les « profanes », le juge considère les compétences de la personne pour porter son jugement : le débiteur ne doit que le secours dont il est capable. Ainsi, on l'a vu, il doit avertir dans les plus brefs délais, mais aussi rester près du malade jusqu'à l'arrivée des premiers secours, éventuellement et de façon beaucoup moins certaine, aider au transport du malade et aux soins de première urgence, l'aide aux premiers soins est discutable. ».

En cas de procès, les efforts réalisés pour organiser les soins dans les établissements (formations des personnels, lignes téléphoniques pour l'appel d'urgence, identification des personnes et ressources.) sont des éléments pris en compte par le juge et déterminants sur la décision prise. Les circonstances entourant les faits sont au cœur des jugements rendus. Si cette analyse n'est pas faite lors du premier jugement, elle est rétablie en appel. Concernant les PAI, en s'appuyant sur les affaires jugées dans le cadre des accidents scolaires, le docteur Taudou transpose à ce qui pourrait être jugé dans ce cadre (il n'a pas retrouvé au cours de ses recherches de procès en responsabilité concernant les PAI) et conclut : « On pourrait même ajouter que ce serait le fait de ne pas organiser un PAI, alors qu'on le saurait nécessaire, qui pourrait être reproché. ».

Pour l'ensemble (organisation des soins et réalisation des premiers soins) c'est une obligation de moyens qui est attendue, il n'y a pas d'obligation de résultats. Concernant les soins médicaux, le devoir des personnels non médicaux est très limité, se bornant à alerter et à diriger les patients vers les personnes compétentes.

En conclusion, la réglementation dans les établissements prévoit la possibilité d'avoir à faire face à des demandes de soins, le chef d'établissement est responsable de l'organisation pour répondre à ces demandes. L'organisation doit être adaptée aux besoins et aux ressources locales. Celle-ci doit permettre d'accéder aux structures de soins environnantes en cas de besoin. Il n'est attendu des personnels non médicaux ni un diagnostic, ni une aide aux premiers soins, mais d'orienter l'élève vers une structure adaptée, le recours au SAMU pour ce faire étant toujours conseillé. Dans le cadre des PAI, des soins peuvent être réalisés par le personnel des établissements à partir de consignes écrites précisément sur un document établi conjointement par le médecin traitant, le médecin de l'éducation nationale et les personnels de l'établissement, à la demande des parents. Dans ce cadre également, l'avis des médecins du SAMU doit être sollicité. Dans ce domaine, il n'y a pas d'obligation de résultat mais de moyens.

4 - ETAT DES LIEUX CONCERNANT LES SOINS MEDICAUX EN MILIEU SCOLAIRE

Dans ce chapitre nous essaierons d'approcher la proportion d'urgences médicales « réelles » en milieu scolaire (en se plaçant du côté de la réponse médicale à apporter) à partir de sources de données différentes.

4.1 STATISTIQUES DE LA DESCO CONCERNANT LES PASSAGES A L'INFIRMERIE

Pour approcher ce que peut recouvrir la demande de soins en milieu scolaire, nous utiliserons les statistiques de la DESCO concernant les passages à l'infirmerie. En nous appuyant sur les suites données après l'accueil des élèves à l'infirmerie, nous tenterons de dégager une conclusion concernant les besoins de soins médicaux des élèves en milieu scolaire.

Il est bien évident que le passage à l'infirmerie n'est pas le reflet direct de ce qui est demandé aux enseignants, cependant, on peut penser que ce qui nécessite réellement une prise en charge médicale va être dirigé à l'infirmerie. En d'autres termes, les élèves qui, d'après l'enseignant, nécessitent une prise en charge médicalisée seront très probablement dirigés vers l'infirmerie.

Le bilan des passages à l'infirmerie pour l'année 1999-2000 fait état de 11 022 362 passages et les suites données montrent qu'approximativement 90 % des élèves reprennent les cours, 5% retournent dans leur famille et 0.5% sont orientés vers l'hôpital (l'orientation vers l'hôpital permet de dire qu'il y a un sentiment d'urgence mais ne laisse pas présager de la gravité de l'affection). Les motifs des passages sont dans 44.6% des cas les soins et les traitements, 8.4% de l'écoute et 17.5% des conseils santé.

Il semble donc y avoir une majorité de demandes de consultations qui ne relèvent pas de la nécessité de soins médicaux immédiats et les élèves qui en relèvent probablement sont orientés vers l'hôpital.

4.2 THESE DE MEDECINE : PROBLEMES POSES PAR LES URGENCES MEDICALES EN MILIEU SCOLAIRE. V. DUVAL 1992

Dans cette thèse (9), 5 lycées généraux, 7 lycées techniques et 17 collèges ont été étudiés. Le docteur Duval a étudié dans ces établissements l'organisation pratique des soins et des urgences et étudié précisément la nature des passages et le devenir des élèves concernant 95 000 passages répertoriés.

Le docteur Duval a classifié les passages à l'infirmierie (même en l'absence d'infirmière qui correspond en fait à une demande de soins) en :

- Passage ordinaire : passage des élèves dont le devenir reste l'établissement ou est pris en charge par la famille, sans suite particulièrement nécessaire ;
- Urgences : passages qui nécessitent un avis médical dans un délai bref.

La décision de la nécessité d'un avis médical rapide est confiée à la personne qui accueille l'enfant (infirmière, secouriste lingère ou personnel administratif). De cette classification, il ressort des dysfonctionnements (passages considérés comme ordinaires et qui se sont avérés par la suite plus importants) qu'elle a classé en erreurs de diagnostic et en sous estimation de la gravité de certains cas. Les dysfonctionnements relevés concernent :

- Des fractures et entorses considérées comme des traumatismes bénins ;
- Des traumatismes crâniens symptomatiques (avec perte de connaissance ou vomissements retournés chez eux sans consigne particulière) ;
- Un œdème de Quincke pris en charge par la famille ;
- Une tentative de suicide non prise en charge.

Les urgences relevées dans la thèse (0.56% des passages) nécessitent un avis médical dans un bref délai. 0.30% ont nécessité une orientation vers un centre de soins. Les autres cas ont entraîné une intervention médicale simple (consultation auprès du médecin généraliste). Aucune suite particulière n'est donnée à ces situations.

De cette étude exhaustive sur les passages à l'infirmierie sur une année scolaire, il ressort qu'étant donné que la plupart des soins ne relèvent que de cas bénins, la difficulté essentielle réside dans l'évaluation de la gravité des symptômes.

Ces constatations sont concordantes avec les données de la DESCO concernant l'année scolaire 1999-2000 en terme de pourcentage d'urgences médicales parmi les demandes formulées.

4.3 STATISTIQUES DE L'OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA SECURITE DES ETABLISSEMENTS SCOLAIRES ET D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Dans notre quête d'éléments objectifs pour essayer d'approcher le nombre d'évènements médicaux ou traumatiques «réellement » urgents (concernant la prise en charge médicale), nous utiliserons les données de l'Observatoire National de la Sécurité des Etablissements Scolaires et d'Enseignement Supérieur (25).

Il est à noter que les données, bien que non exhaustives (un certain nombre de départements n'ont pas envoyé de données et certains ont renvoyé des informations manifestement partielles) renseignent sur le nombre et la gravité d'évènements survenus en milieu scolaire au niveau national.

- Les accidents comptabilisés sont les accidents ayant généré des dommages corporels nécessitant l'hospitalisation de l'élève blessé ou le transfert vers une structure hospitalière.
- Les accidents graves sont définis comme ayant entraîné une hospitalisation de plus de 48 heures.

Il n'y a pas de recueil de données concernant l'orientation des élèves vers une structure de soins pour d'autres motifs que les accidents, il existe cependant le recueil des décès d'élèves d'origine non accidentelle.

Le recueil des données présentées dans les rapports 2000 et 2001 (nous n'avons pas exploité les données statistiques antérieures du fait du moindre recueil de données) de l'observatoire fait état :

- D'une fréquence accidentelle estimée à 0.39 pour cent élèves scolarisés.
- Parmi les accidents recensés, moins de 3% ont nécessité une hospitalisation de plus de 48 heures.

Dans ces deux rapports, l'analyse statistique permet de mettre en évidence des risques plus spécifiques en fonction des niveaux de scolarité et des filières de formation. Ils relèvent un risque aggravé d'accidents dans la cour de récréation pour les écoles et en EPS pour les collèges et les lycées.

Nous avons également pu lire les rapports des années 1996 à 1999 où sont détaillées les circonstances de décès des élèves que nous retranscrivons ici :

4.3.1 Décès d'origine non accidentelle

1996 : 4 décès en EPS suite à un malaise cardiaque.

1997 : 5 décès

- 2 problèmes cardiaques :

Une fille de 14 ans, suite à une défaillance cardiaque après un exercice d'Education Physique et Sportive (E.P.S) (sans antécédents connus) ;

Une fille de 15 ans, suite à un problème cardiaque s'est écroulée devant l'école (sans antécédents connus).

- 2 problèmes d'asthme :

Un garçon de 16 ans, suite à une crise d'asthme après un exercice d'échauffement en EPS (avec antécédents médicaux) ;

Un garçon de 15 ans suite à une crise d'asthme après une course d'échauffement en EPS (avec antécédent médical non connu au niveau de l'établissement).

- 1 rupture d'anévrisme : un garçon de 13 ans en EPS, suite à une rupture d'anévrisme pendant un cours d'EPS.

1998 : 3 décès

- 1 problème cardiaque ;
- 1 problème d'hémophilie ;
- 1 rupture d'anévrisme.

Dans le cas de l'enfant atteint d'hémophilie, les parents n'avaient pas averti le personnel de l'établissement, ni oralement, ni dans la fiche de renseignements remplie en début d'année.

Concernant le cas de l'enfant ayant des antécédents cardiaques, l'ensemble de la communauté était au courant de la situation et de l'endroit où l'enfant devait être hospitalisé. Le professeur d'EPS avait reçu une formation aux soins d'urgence (sans lien avec la présence de cet enfant) et il y avait une infirmière en permanence dans l'établissement. Cette infirmière donne par ailleurs des cours de secourisme dans l'établissement.

1999 : 3 décès :

- 2 problèmes cardiaques ;
- 1 rupture d'anévrisme.

2000 : 3 décès :

- 1 malformation cardiaque non décelée ;
- 1 rupture d'anévrisme ;
- 1 décès à la suite d'une suffocation (dont l'origine ne nous a pas été précisée).

2001 : aucun décès de cette nature.

4.3.2 Décès d'origine accidentelle

1996 : 12 accidents mortels

1997 : 3 accidents mortels :

Un élève de bac professionnel suite à un accident de ski en EPS, et deux décès dans les lycées agricoles suite à des accidents de trajet survenus en période de stage.

1998 : 15 accidents mortels :

- 9 décès consécutifs à la chute d'une avalanche au cours d'un séjour dans les 2 Alpes ;
- 2 accidents de la route au cours d'une activité scolaire ;
- 1 accident en EPS (javelot) ;
- 1 accident consécutif à la chute d'un radiateur.

Il est à noter que 6 accidents de la route survenus lors du déplacement domicile établissement n'ont pas été comptabilisés dans l'enquête.

1999 : 4 accidents mortels :

- 1 décès suite à un accident de la circulation dans le cadre d'un stage ;
- 2 noyades et un décès suite à une chute brutale sur le bord d'une piscine.

2000 : 3 accidents mortels

2001 : 6 accidents mortels recensés.

Bien que le recueil des données ne soit pas exhaustif, on peut dire que le nombre d'accidents graves semble peu élevé au regard du nombre d'enfants scolarisés et que les décès semblent exceptionnels.

4.4 LES ALLERGIES ALIMENTAIRES

La fréquence des allergies a considérablement augmenté ces 20 dernières années (3). La prévalence de l'allergie alimentaire est estimée à 3.24% en France (32). Une enquête multicentrique française (35) indique une augmentation par un facteur 5 des chocs anaphylactiques par allergie alimentaire entre 1982 et 1995.

Du fait de la politique d'intégration des enfants porteurs de troubles de la santé et de la réticence de certains chefs d'établissement à intégrer des enfants porteurs d'allergies alimentaires, nous avons voulu connaître les données concernant ces enfants allergiques à l'école ainsi que les complications médicales liées aux allergies alimentaires rencontrées en milieu scolaire.

4.4.1 Décès par allergie alimentaire

Il n'y a pas en France, de recueil statistique des décès par allergie alimentaire. En se basant sur les études américaines (43)(42)(28) et en transposant en France, cela revient à une estimation de 20 à 40 décès par an, dus aux allergies alimentaires, tous âges confondus.

Cette absence de recueil statistique, outre les inconvénients concernant la surveillance de l'évolution et de la prévention, offre une place de choix aux rumeurs. Les allergies alimentaires étant actuellement largement commentées dans la presse, on peut penser que c'est une cause majeure de décès chez l'enfant.

Le vice-président de l'association AFPRAL (Association Française pour la Prévention des Allergies) (21), Monsieur Zalay, m'a fait part des informations suivantes : des informations erronées circulent entretenant la panique des responsables : un adjoint au maire soutenait qu'il y avait eu, en 1999, 2 décès d'enfants, apparemment dans les Hauts-de-Seine, apparemment sur le temps de la cantine. Après vérification des faits, il y avait eu 2 incidents chez deux enfants allergiques sans PAI :

- Un enfant allergique avait ramassé la fourchette d'un camarade et il ne s'était rien passé ;

- Un autre avait fait un accident retardé suite à une consommation de kiwi et avait été hospitalisé le soir depuis son domicile.

4.4.2 Place de l'allergie alimentaire en milieu scolaire

Il n'y a pas eu de décès par allergie alimentaire en milieu scolaire en France (recherche au niveau de l'AFPRAL, de l'Observatoire de la sécurité dans les établissements scolaires, publications médicales concernant les PAI pour allergie alimentaire, données de la DESCO). Il existe actuellement une abondante littérature concernant l'allergie alimentaire en milieu scolaire (31)(33)(34)(36)(37)(39)(41). Pour ne pas alourdir ce mémoire, je ne retiendrai que quelques aspects de l'allergie alimentaire abordés dans la littérature :

L'étude du Dr A. Monneret Vautrin (34) montre que la réalisation d'un PAI pour l'accueil d'un enfant allergique (dans les conditions de l'étude réalisée) est le meilleur garant d'une sécurité maximale pour cet enfant. La majorité des accidents recensés dans le cadre de cette étude se passe hors des établissements scolaires.

Par ailleurs, le premier temps de la prise en charge d'une allergie passe par la reconnaissance des signes d'une éventuelle gravité. Il ne suffit pas d'avoir la prescription, encore faut-il qu'elle soit disponible rapidement et pouvoir s'en servir à bon escient. La compréhension des mesures d'éviction des allergènes est essentielle pour l'accueil de ces enfants (39)(36)(41).

En résumé de ces quelques informations, je dirai que le nombre d'enfants allergiques augmente, que le nombre de réactions allergiques graves est aussi en augmentation, mais que les décès d'enfants par allergie alimentaire reste exceptionnel, comparativement aux autres causes de décès pour cet âge. Le manque de données précises laisse la place aux impressions et aux rumeurs difficiles à maîtriser. Les refus d'intégration d'enfants allergiques semblent reposer sur une estimation du risque perçu par les personnels des établissements scolaires, le caractère protecteur (au niveau médical et juridique) du PAI n'est pas correctement apprécié. La potentielle injection médicamenteuse à réaliser cristallise les angoisses des personnels, mais la formation doit être autant de prévenir et de reconnaître les signes d'un accident débutant, que de former à la réalisation de l'injection d'adrénaline.

4.5 LES ENFANTS ASTHMATIQUES A L'ECOLE

L'accueil des enfants asthmatiques à l'école semble poser moins de réticence que celui des enfants allergiques. Cependant, nous avons retrouvé 2 décès pour asthme en milieu scolaire (d'après les données de l'observatoire national de la sécurité des établissements scolaires, données non exhaustives).

Il existe également une abondante littérature médicale concernant l'intégration des enfants asthmatiques à l'école. Il semble qu'une proportion non négligeable d'enfants asthmatiques ne soit pas identifiée comme telle à l'école (non-information par les parents, PAI sous utilisés) (37)(38).

4.6 STATISTIQUES DES PASSAGES A L'INFIRMERIE POUR LE DEPARTEMENT DE L' AISNE ANNEE 2000-2001 :

Les statistiques des mouvements et actes infirmiers pour le département de l'Aisne font état de 154 384 passages pour l'année 2000-2001 :

- Dans 91.8% des cas, les cours sont repris ;
- Dans 0.5% des cas, il y a une orientation vers l'hôpital ;
- Dans 1.8% des cas, il est fait appel à un médecin de façon immédiate ou différée ;
- Dans 0.2% des cas une liaison est faite avec le SAMU ou les pompiers (soit un nombre total d'appels au SAMU de 378 en cas de présence d'une infirmière).

Concernant le motif des passages :

- 54% concernent des demandes de soins ou de traitement ;
- 21% des conseils et renseignements.

Ces données sont concordantes avec celles de la DESCO pour l'année 1999-2000.

4.7 LE NOMBRE D'APPELS AU SAMU EMANANT DES STRUCTURES SCOLAIRES

Nous avons recueilli les données du SAMU du département de l'Aisne (Voir ANNEXE page 65). Le nombre d'appels au SAMU venant de structures scolaires représente 1/3 des appels annuels. Ces données ont été recueillies sur 5 ans et cette proportion se retrouve sur les 5 ans étudiés.

Au regard du nombre d'élèves hospitalisés d'après les statistiques du service de promotion de la santé du département de l'Aisne, nous interprétons le nombre élevé d'appels comme le reflet de l'inquiétude des personnels des établissements, plutôt qu'en tant que révélateur de la gravité des événements rencontrés. Il n'a pas été possible de connaître les statistiques concernant les suites données à ces appels (mais le médecin du SAMU nous dit que les événements graves, nécessitant le déplacement de l'ambulance du SAMU sont exceptionnels).

Le nombre total d'appels au SAMU est de 1085 pour l'année scolaire 2000-2001. Parmi ceux-ci, 707 ont du être passés en l'absence de l'infirmière.

5 - ENQUETE SUR LE TERRAIN

Dans ce chapitre, nous livrons nos observations sur la prise en charge des soins et des urgences dans les trois collèges. Nous y analysons également les entretiens effectués avec leurs chefs d'établissement, CPE et enseignants.

5.1 OBSERVATION : ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS ET DES URGENCES DANS LES 3 COLLEGES ETUDIES

Les établissements étudiés sont tous les trois des collèges avec des caractéristiques différentes. Quatre chefs d'établissement (principaux) ont été interviewés dans 3 établissements secondaires (collèges) :

- Un établissement au centre ville (760 élèves) ;
- Un établissement à la périphérie de la ville en ZEP avec une SEGPA (870 élèves) ;
- Un établissement en secteur rural (360 élèves).

Nous décrivons l'organisation des soins dans ces trois établissements dans les sections suivantes.

5.1.1 Collège centre ville : 760 élèves

Les personnels :

- Une secouriste lingère est présente à temps plein dans l'établissement et répartit son travail en 70% de soins et 30% de travail de lingère, elle accueille en moyenne 30 à 35 élèves par jour ;
- Une infirmière est présente une fois par semaine dans l'établissement, pour des visites systématiques, le suivi d'élèves en difficulté et des actions de prévention ;
- Un médecin scolaire est présent dans l'établissement une demi-journée par semaine.

Le fonctionnement :

- Suite à une crise d'épilepsie d'un élève au collège l'année dernière, les enseignants ont demandé à bénéficier d'une formation concernant les problèmes médicaux. Le chef d'établissement a pu organiser une formation d'initiation aux premiers secours à laquelle 30 des 50 enseignants du collège ont participé ;
- L'hôpital est à 5 minutes ;

- CESC : Une réunion par trimestre où sont invités des parents d'élèves, les professeurs, le conseiller principal d'éducation, la principale et son adjointe, l'infirmière et le médecin scolaire. Les sujets abordés sont les projets d'éducation à la santé, les difficultés rencontrées dans le collège ;
- Il n'y a pas de Commission d'Hygiène et de Sécurité dans cet établissement (C.H.S).

5.1.2 Collège rural : 360 élèves

Les personnels :

- Une infirmière un jour par semaine depuis la rentrée 2001. Il n'y avait pas d'infirmière auparavant dans l'établissement ;
- Un médecin est présent de temps en temps (le secteur n'est pas pourvu en médecins).

Le fonctionnement :

- Un médecin de ville se déplace rapidement à la demande du personnel de l'établissement en cas de besoin (vient en 5 minutes si besoin), les pompiers peuvent être sur place en 5 à 10 minutes, et le SAMU arrive en 17 minutes ;
- En l'absence de l'infirmière, le chef d'établissement, sa secrétaire ou la CPE reçoivent les enfants à la demande des professeurs ou à leur demande. En l'absence de l'infirmière, il y a moins d'une demande de soins médicaux par jour. En sa présence (un jour régulier), il y a 3 ou 4 demandes par jour ;
- L'année dernière, une grande partie (environ 70%) des enseignants ont pu bénéficier d'une formation à l'AFPS ;
- Un Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC) a été créé en septembre 2001. Il s'est réuni cette année une fois par trimestre. A chaque réunion étaient présents le chef d'établissement, la Conseillère Principale d'Éducation, des enseignants, les représentants des parents d'élèves, l'infirmière de l'établissement. Il n'y avait pas de partenaires extérieurs. Les sujets abordés ont été les projets d'éducation à la santé, l'hygiène dans l'établissement, la sécurité au cours des activités sportives ;
- Il n'y a pas de C.H.S dans cet établissement.

5.1.3 Collège ZEP : 870 élèves

Les personnels :

- Une infirmière à temps plein depuis environ 20 ans recevait toutes les demandes de soins jusqu'à l'année dernière. L'infirmière est passée à temps partiel depuis la rentrée 2001 pour élargir son action vers les écoles de secteur ;
- Une personne a été recrutée dans le cadre d'un contrat emploi solidarité en octobre 2001, sans formation spécifique pour accueillir les élèves en l'absence de l'infirmière ;
- Un médecin scolaire est présent une demi-journée par semaine. Son activité essentielle est la réalisation de visites médicales.

Le fonctionnement :

- Le SAMU peut arriver en 3 minutes, l'hôpital est proche ;
- Les jours de présence de l'infirmière, celle-ci reçoit en moyenne, 40 élèves par jour pour des demandes de soins. Régulièrement, quand elle arrive à 7H50, deux ou trois élèves l'attendent devant l'infirmerie pour des soins (maux de ventre, fièvre, asthénie, maux de tête) ;
- Le Rectorat a proposé l'année dernière au chef d'établissement de financer la formation à l'AFPS pour les personnels de l'établissement, mais ce dernier n'a pas encore eu le temps de répondre à cette requête malgré la demande insistante de l'infirmière ;
- Un Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté a été mis en place depuis quelques années. La dernière réunion date du deuxième trimestre 2001. Le chef d'établissement et l'infirmière y étaient présents. L'objet de la discussion a été l'attribution des crédits pour les projets de l'année suivante. Il n'y a pas eu de réunion au cours de l'année 2001-2002 ;
- Il existe également une Commission d'Hygiène et de Sécurité. Elle s'est réunie une fois l'année scolaire 2001-2002 pour valider les travaux d'aménagements réalisés. Elle a également été réunie une fois pendant l'année scolaire 2001-2002 pour valider le protocole d'évacuation en cas d'incendie après qu'un exercice eut été effectué. Étaient présents, le chef d'établissement et son adjoint, des professeurs, des parents d'élèves, l'infirmière scolaire et un représentant des pompiers.
- En l'absence de l'infirmière, la personne recrutée pour l'accueil à l'infirmerie doit accueillir les élèves s'y présentant. Elle a accès aux fiches de l'infirmerie mais n'a

pas accès au dossier médical. Elle a pour consigne d'en référer au personnel de l'administration si elle ne peut répondre à la demande formulée. Elle n'a pas le droit de délivrer des médicaments. Selon le principal, sa fonction essentielle est l'écoute des élèves et elle a été recrutée pour rassurer les enseignants en maintenant l'infirmierie ouverte en l'absence de l'infirmière.

Au bout de 5 mois de présence, elle réalise, en moyenne, 60 passages par jour. A notre connaissance, il n'y a pas eu de suite défavorable suite aux consultations de cette personne. Cependant, l'infirmière de l'établissement nous a dit qu'un jour, la personne recrutée pour l'accueil des élèves a laissé repartir, seul, un élève de sixième au domicile, après accord téléphonique de sa mère qui ne pouvait se déplacer pour venir le chercher. Quand ce fait, sans conséquences, lui a été reproché, elle a déclaré méconnaître la réglementation de l'établissement concernant la sortie des élèves de l'établissement.

Ce fonctionnement a séduit l'adjoint du proviseur d'un lycée technique voisin (le proviseur étant arrêté pour maladie). Depuis le mois de mai 2002, elle a également recruté une personne dans le cadre d'un CES pour compléter le temps complet de l'infirmière et permettre l'ouverture permanente de l'infirmierie lors du fonctionnement du lycée. Cette personne assure une permanence de 10 heures par semaine.

5.2 ANALYSE DES ENTRETIENS : ANALYSE THEMATIQUE

Nous rendons compte et nous commentons, dans les sections suivantes, des entretiens que nous avons eus avec les différents personnels rencontrés. Nous tentons d'y définir les représentations mentales de la santé de ces derniers.

5.2.1 Entretiens avec les chefs d'établissement

5.2.1.1 Inquiétude par rapport à la survenue d'un événement impliquant la prise en charge médicale de soins pendant le temps scolaire

L'inquiétude exprimée est toujours liée à un fait vécu ou connu (par des proches ou dans un établissement voisin). En dehors de leur expérience, il n'existe pas d'inquiétude par rapport à la survenue d'un événement grave. Seul un chef d'établissement se dit non inquiet car le risque de survenue d'un événement grave lui paraît négligeable.

5.2.1.2 Inquiétude par rapport à une prise en charge inadaptée d'un évènement impliquant des soins médicaux

Tous, sauf un, sont inquiets par rapport à une prise en charge inadaptée en l'absence de la personne formée pour accueillir les enfants (secouriste lingère ou infirmière). La difficulté, selon eux, réside dans l'appréciation de la gravité des symptômes et l'urgence de la prise en charge.

Pour illustrer cette difficulté, deux histoires me sont relatées :

Il y a environ deux ans, dans un collège du département, un enfant souffrant a demandé à se reposer à l'infirmerie. Il est resté quelques temps sans surveillance et il a été retrouvé mort par le personnel de l'établissement.

Dans l'établissement du centre ville, alors que la secouriste lingère était absente et remplacée par un agent ayant peu d'expérience en matière d'accueil des enfants, une élève présentant une allergie alimentaire était accueillie dans l'établissement. Il n'y avait pas de PAI. De l'anahelp était stocké pour elle dans le frigo de l'infirmerie où travaillait l'agent chargé de l'accueil des élèves. Un jour, après l'ingestion d'un aliment, la jeune fille est allée demander l'anahelp à l'agent qui le lui a remis (sans chercher à savoir pourquoi). La jeune fille n'a rien demandé ni signalé à ce dernier. Comme elle sentait venir un malaise, elle avait demandé à une amie de lui faire l'injection d'anahelp dans les toilettes. L'amie (élève de la même classe) a répondu à sa requête. Le chef d'établissement fut averti le lendemain par les parents de cet évènement, heureusement sans conséquences.

Le chef d'établissement qui a recruté une personne dans le cadre d'un CES (contrat emploi solidarité) pour accueillir les élèves en l'absence de l'infirmière, ne se déclare pas inquiet par rapport à une prise en charge inadaptée ni par rapport à une erreur d'évaluation de la gravité d'un symptôme. « De toutes façons », dit-il, « pour la méningite, par exemple, cela ne change pas grand chose : Même si l'élève est hospitalisé quelques heures plus tard, le nombre de personnes contact sera à peu près le même, et la prévention ne sera pas modifiée... ». La nécessité d'une prise en charge urgente pour un enfant présentant une méningite à méningocoque n'est pas perçue. L'urgence perçue par ce chef d'établissement est celle de la réponse institutionnelle.

5.2.1.3 Connaissances et formations concernant la gestion des soins

Parmi les chefs d'établissement interrogés, aucun n'a l'AFPS et aucun n'a eu de formation médicale. Pour accueillir un élève, ils utilisent leur bon sens ou leur expérience de parents.

Ils connaissent tous l'existence des PAI et n'ont jamais refusé l'intégration d'un élève porteur d'une maladie chronique. Trois des chefs d'établissement interrogés ont fait appel au médecin de l'éducation nationale pour la réalisation de PAI. Le chef d'établissement en milieu rural, bien qu'il connaisse l'existence des PAI, n'y a jamais recours, les élèves asthmatiques ayant une prescription de leur médecin traitant pour prendre de la ventoline à l'école en cas de besoin.

Trois n'ont pas eu d'élève intégré présentant une allergie alimentaire sévère et ils se déclarent prêts à en intégrer si besoin et ils n'expriment pas d'inquiétude lorsque j'évoque ce sujet.

Un seul évoque le recours au médecin de l'éducation nationale pour les aider à organiser les soins en l'absence de l'infirmière, les autres estiment qu'il n'a pas de rôle à jouer dans ce domaine. Ces trois chefs d'établissement pensent que le rôle du médecin de l'éducation nationale est de réaliser des visites médicales. Le principal du collège de ZEP nous dit même : « Pour moi, le mEN n'a aucun rôle concernant la prise en charge des demandes ou des besoins de soins. Il n'est là que pour les visites ou en cas de maltraitance où on lui demande d'intervenir en urgence...De toutes façons, il n'a pas le droit de prescrire, alors, à partir de là.. »

5.2.1.4 Perception de leur responsabilité dans la prise en charge des soins médicaux

Ils se disent tous assaillis par les responsabilités, et perçoivent le risque d'être l'objet d'une action de mise en responsabilité.

La principale du collège du centre ville nous dit : « Le nombre d'accidents nécessitant un recours aux soins augmente et, parallèlement, ces accidents sont de plus en plus difficiles à gérer du fait de l'attitude des parents qui menacent de porter plainte dès qu'il y a un litige ». Elle note un recours plus fréquent aux services d'urgences du fait de la crainte d'une plainte.

Un seul chef d'établissement considère qu'il relève de sa responsabilité d'organiser les soins et les urgences, les autres ne semblent pas avoir clairement identifié où se situe leur responsabilité et leur devoir. La première se réfère au protocole paru dans le B.O. de janvier 2000 (18), les autres n'y font référence que pour mentionner le fait qu'ils ne doivent plus donner de médicaments en l'absence de l'infirmière.

Le protocole d'alerte au SAMU est affiché dans les établissements (parfois à l'instigation de l'infirmière seule), mais certains disent qu'ils appellent les pompiers en cas d'urgence.

Dans le collège de ZEP, le problème de l'absence de ligne téléphonique directe pour les ateliers et de téléphones portables pour les sorties et les cours d'EPS n'est pas perçu. La formation des personnels aux premiers secours ne semble pas prioritaire pour le chef d'établissement.

Pour une personne interrogée, la question de la responsabilité renvoie uniquement à la responsabilité morale, la culpabilité d'avoir mal agi. Ce qu'elle souhaite, c'est répondre au mieux aux attentes des enfants et ce qui la gêne le plus est de ne plus pouvoir donner de médicaments et de ne pas avoir accès aux informations médicales contenues dans les dossiers. Concernant la responsabilité juridique, elle déclare ne pas se poser la question.

5.2.2 Entretiens avec les CPE

Le rôle des CPE dans les établissements dépend de l'organisation interne. Bien qu'il n'y ait pas de protocoles écrits, dans certains établissements, les CPE assurent en priorité l'accueil des enfants en l'absence de l'infirmière.

Dans le collège de ZEP, la CPE assure cette fonction d'accueil en l'absence de l'infirmière et quand la personne chargée de l'accueil est en difficulté. Elle craint l'erreur d'évaluation de la gravité de la situation, et met en avant la culpabilité ressentie lorsqu'elle pense avoir mal évalué (cela semble plus important que le risque de mise en responsabilité) : « Je peux m'en vouloir, je dors mal ».

Le rôle de l'infirmière est compris comme étant essentiellement l'accueil des enfants qui le demandent.

Il existe une perception erronée de l'AFPS : « Si je le passe, cela veut dire que j'ai les compétences de l'infirmière... ».

5.2.3 Entretiens des enseignants

5.2.3.1 Craintes exprimées concernant la prise en charge des soins médicaux en milieu scolaire et rôle perçu dans cette prise en charge

Certains n'expriment pas directement de craintes, surtout lorsqu'il y a une personne chargée de l'accueil des élèves. Mais ils disent tous ressentir cette crainte lorsqu'ils sont à l'extérieur de l'établissement dans le cadre des sorties scolaires. Les craintes sont reliées à un risque perçu lié à une expérience (vécue, entendue ou lue..).

Quand il y a une personne pour l'accueil, le rôle qu'ils se définissent par rapport aux soins est uniquement celui d'autoriser ou non l'accès à l'infirmier. Les difficultés qu'ils rencontrent sont de différencier le « bluff » du réel. Ils adoptent deux attitudes différentes : certains opèrent un tri et d'autres envoient toute demande de soins : « maintenant, je ne me pose plus de questions, s'ils me disent qu'ils sont malades, je leur file un billet. (...) Je n'ai pas de demande de soins : on me dit « j'ai mal » et je dis « va te faire soigner » ».

Ils signalent par ailleurs que le nombre de demandes est variable selon l'enseignant, certains ayant de nombreuses demandes, d'autres n'en ayant qu'exceptionnellement.

5.2.3.2 Formation concernant la prise en charge des soins médicaux et représentation de la santé

Une enseignante nous dit : « pour moi, les enfants qui sont là sont des enfants en bonne santé. Sinon, un enfant malade, la maman le garde. Pour moi, la maladie, c'est l'absence à noter sur le cahier pour nous dégager de la responsabilité ».

Tous signalent qu'ils n'ont eu aucune formation concernant la santé pendant leur formation à l'Institut Universitaire de Formation des Maîtres (I.U.F.M). Les seules formations qu'ils peuvent avoir concernent l'AFPS. Ceux qui sont titulaires de l'AFPS disent que comme ils n'ont pas l'occasion de pratiquer, ils oublient rapidement ce qui a été enseigné, et souhaitent une « piqûre de rappel » tous les 2 ou 3 ans.

Concernant l'AFPS : la plupart sont favorables à l'acquisition de cette formation.

Certains cependant émettent des réticences, invoquant que s'ils sont tous formés, il n'y aura plus d'infirmière : « C'est vrai que pour le secourisme nous devrions tous connaître le B.A BA, mais cela est un terrain glissant car si l'on part du principe que les enseignants peuvent secourir l'élève, on va annuler l'infirmière et c'est sûr que l'on ne peut pas tout faire... »

La fonction de l'infirmière est perçue presque uniquement comme une personne qui dispense des soins.

5.2.3.3 Les sorties scolaires : pratiques et expériences

Suite aux entretiens, nous avons décidé de consacrer un paragraphe à cette situation particulière où les enseignants doivent faire face, seuls, aux besoins de santé des enfants.

Nous livrons ici quelques citations que nous commenterons ultérieurement :

- «En voyage, il y a la trousse d'urgence. Pour le mal des transports, on prend ce qu'il faut. Si les parents n'ont pas fourni les médicaments, on leur en donne (nausicalm). Pour le reste, j'amène ce que j'ai à la maison et si les gamins en ont besoin, je le leur donne. On a notre expérience de parents. »
- « Une fois, en voyage, nous avons eu un gros problème : une élève a fait une crise d'asthme. Je n'étais pas inquiète, bien que je n'aie aucune formation concernant la santé car les autres (professeurs) savaient ce qu'il fallait faire : on n'avait pas de ventoline, alors on l'a fait respirer dans un sac (...) Après, elle a été hospitalisée. »

5.2.3.4 La délivrance et le rôle des médicaments

La plupart des enseignants savent qu'ils ne doivent pas donner de médicaments aux élèves, mais la raison de cette interdiction n'est pas comprise. Ils pensent que c'est une interdiction absolue et ils ont du mal à accepter l'idée qu'ils peuvent en délivrer dans le cadre d'un PAI.

Pour certains, cette interdiction est une restriction de l'aide qu'ils peuvent apporter aux élèves. La iatrogénie n'a jamais été évoquée au cours des entretiens, de même que n'a jamais été soulevé le problème du besoin de prise médicamenteuse pour tous les maux. Aucune association entre toxicomanie et prise médicamenteuse n'a été faite. Le risque médicamenteux n'a été abordé que dans le cadre des injectables.

Lors de voyages ou de sorties, les enseignants pensent à emporter leur trousse de secours mais ne pensent pas à s'adresser à l'infirmière ou au médecin de l'éducation nationale pour les aider à anticiper les problèmes qui peuvent se poser. La trousse à pharmacie et les médicaments contenus sont vécus par certains comme l'outil quasi magique pour faire face à tout problème de santé.

Si la trousse ne semble pas assez fournie, ils pensent à prendre leurs médicaments personnels mais pas à nous interroger sur l'intérêt des prescriptions. Le nom Aspirine est souvent employé comme médicament antalgique ou antipyrétique alors que c'est le paracétamol qui devrait être employé.

5.2.3.5 Conclusion de l'enquête sur le terrain

Ces entretiens, bien que n'étant pas représentatifs de l'ensemble des établissements scolaires, sont riches d'enseignements, en particulier ce qui est confié en dehors de

l'inquiétude et qui reflète l'image et les représentations de la santé et du rôle des médecins et des infirmières de l'éducation nationale.

L'inquiétude est essentiellement liée à la présence ou l'absence d'une personne chargée de l'accueil des enfants et se cristallise autour d'expériences connues (expérience vécue personnellement, entendue ou lue). Il n'y a pas d'appréhension du risque en dehors de ces expériences.

Pour certains, l'absence d'inquiétude peut paraître alarmante et plusieurs points nous ont surpris :

- La façon dont la sortie scolaire avec l'élève asthmatique a été relatée. Le professeur racontant l'histoire dit que finalement, elle n'a pas lieu d'être inquiète puisque les autres savent. La question de ce qu'ils savent ou croient savoir n'est pas abordée. Le caractère dangereux de la prise en charge de cette crise n'est pas perçu.
- L'absence de formation des personnels des établissements concernant la santé et la persistance de notions erronées concernant certaines maladies ou leur prise en charge. A deux reprises, en parlant de l'épilepsie, des enseignants nous ont dit qu'il fallait mettre quelque chose dans la bouche de la personne en crise pour éviter qu'elle n'avale sa langue.
- Enfin la connaissance superficielle des textes concernant la responsabilité des personnels lors de la prise en charge de soins, en particulier par les chefs d'établissement. Il y a une confusion entre la nécessité d'alerter et la nécessité d'établir un diagnostic, voire d'arriver à traiter efficacement.

A cause de la méconnaissance des textes et des rôles de chacun, acquérir l'AFPS est vécu par certains comme allant contre leurs intérêts, c'est à dire qui engagerait leur responsabilité puisque certains voient l'AFPS comme une formation qui leur donnerait les compétences de l'infirmière (et les responsabilités de cette dernière).

Le fait que cette instruction puisse leur donner des repères pour l'évaluation de la gravité d'un problème, pour savoir qui et comment alerter et ce qu'il faut faire en attendant l'arrivée des secours n'est pas compris.

Il n'est pas non plus intégré que le fait d'améliorer la prise en charge initiale doive être interprété comme un facteur permettant d'éviter les mises en responsabilité juridique. Le fait qu'à tout moment, toute personne puisse être confrontée à une urgence vitale et amenée à réagir au mieux et que pour cela les connaissances acquises peuvent permettre de transformer le devenir de cet enfant (voire d'éviter un décès) n'est pas connu.

Nous citerons à titre d'exemple la connaissance de la conduite à tenir en cas d'inhalation de corps étranger : dans le cas d'une obstruction totale, il faut, sans délai, exécuter la manœuvre qui permette d'expulsion de l'objet, le recours au SAMU étant dans cette situation une perte de temps inutile. Dans le cas d'une obstruction incomplète, il faut savoir au contraire alerter et se garder d'une intervention intempestive qui pourrait transformer cet incident en obstruction complète.

Citons encore les cas des traumatismes rachidiens où il est essentiel de ne pas mobiliser le patient avant l'arrivée des secours.

Connaître la possibilité de survenue d'une urgence vitale imprévue permet de comprendre la nécessité d'avoir à disposition un téléphone portable au cours des sorties et de ne pas considérer cette mesure comme une formalité administrative inutilement coûteuse.

6 - EXPERIENCE SUR LE TERRAIN CONCERNANT L'INTEGRATION D'ENFANTS PRESENTANT UNE ALLERGIE ALIMENTAIRE

N'ayant pas été confrontés au problème de l'allergie alimentaire sur les établissements étudiés, nous relatons ici deux expériences vécues lors de notre stage sur le terrain.

Une de nos collègues a fait appel à nous concernant le cas d'un enfant allergique au poisson et scolarisé dans un lycée. Le proviseur refusait de signer le PAI pour cet enfant qui prenait ses repas sous forme d'un panier repas, parfois seul, dans une salle de permanence.

Le chef d'établissement était inquiet des possibles incriminations pénales, pensant que la signature du PAI l'engageait à réussir à traiter l'élève en cas d'accident allergique. En reprenant avec lui, les attendus juridiques concernant les soins, l'absence d'obligation de résultats mais une obligation de moyens, il accepta de participer à l'élaboration du PAI.

L'autre situation rencontrée concernait un enfant scolarisé en grande section de maternelle. Cet enfant présentait une allergie à l'arachide (avait déjà présenté 2 œdèmes de Quincke et plusieurs crises d'asthme), il ne mangeait pas à la cantine.

Pour établir le PAI, nous nous sommes rencontrées avec l'enseignante, la mère et l'infirmière. L'enseignante, n'ayant jamais observé de malaise chez l'enfant, pensait que les précautions demandées par la mère étaient excessives, tant au niveau de la prévention qu'au niveau du traitement (elle ne voyait pas l'utilité de l'anapen pour cet enfant). Des mesures strictes d'éviction de l'allergène ont pu être adoptées après que l'enseignante en ait compris l'intérêt et dans le même temps, l'anapen a pu être introduit à l'école.

Dans cette situation, ce n'est pas la crainte d'une implication juridique qui était un frein, mais l'ignorance par l'enseignante des risques encourus.

7 - ANALYSE ET DISCUSSION

7.1 FONCTIONNEMENT DES INFIRMERIES DANS LES ETABLISSEMENTS ETUDIÉS

7.1.1 L'infirmierie cloisonnée

L'observation sur le terrain montre un fonctionnement cloisonné, le cadre du soin et de la santé semble pour de nombreux acteurs le domaine dévolu au personnel médical et paramédical. L'infirmierie est le lieu de parole ou de soins où sont envoyés tous les élèves dont on ne sait que faire, espérant parfois qu'un médicament miracle viendra à bout des troubles apparents et gênants.

Quand il y a une personne chargée de l'accueil des élèves pour des problèmes de santé, les personnels des établissements ne se sentent pas concernés ni impliqués dans la gestion de la santé des élèves.

Quand il y a une infirmière à temps plein dans les établissements qui se charge de toutes les demandes et besoins de soins, les enseignants se sentent protégés et ne voient pas l'intérêt d'une formation concernant la santé.

Ils se retrouvent néanmoins parfois seuls sans aucune formation face à des problèmes de santé potentiellement graves (c'est le cas des sorties scolaires et nous pouvons également citer, bien que cette situation n'ait pas été rencontrée sur le terrain d'étude, le cas des catastrophes majeures, en particulier lors de l'explosion de l'usine AZF à Toulouse, les personnels des établissements se sont retrouvés seuls, coupés des structures de secours par la saturation du réseau et la destruction des relais téléphoniques, face à des blessés) (25).

La rareté de survenue de ces événements (les sorties et encore plus les catastrophes majeures) font qu'on ne va pas spécifiquement s'y préparer en l'absence de motivation plus concrète ou précise.

7.1.2 L'offre et la demande des soins

Nous notons des différences allant de 50 passages par jour en moyenne à moins d'un par jour pour des établissements comprenant respectivement 760 et 350 élèves. Dans le premier

établissement, une infirmière était présente à temps plein depuis plus de 20 ans, dans le dernier, il n'y a pas de personne spécifiquement chargée de l'accueil des élèves pour des troubles de la santé.

Nous nous interrogeons sur la qualité de l'écoute et sur la pertinence de l'aide apportée quand il y a 50 passages par jour. Dans les établissements où une personne est présente en permanence, les infirmières notent que certains enfants arrivent malades à l'école. « Va à l'école, au moins tu seras soigné », a dit une mère à son enfant pour l'inciter à ne pas rester à la maison.

Le lien entre la présence d'une personne pour l'accueil et le nombre de passages avait été relevé par le docteur Duval, « l'absence de personnel entraînant une activité beaucoup moins importante ».

7.2 LES DECES RECENSES EN MILIEU SCOLAIRE

Des données de l'Observatoire National de la sécurité des établissements scolaires on peut dire que les accidents graves en milieu scolaire sont rares et les décès exceptionnels. De ce fait, rassurant, la prévention est plus difficile car les personnels des établissements qui n'ont pas été confrontés directement ou indirectement à un événement grave, ne comprennent pas l'intérêt d'une formation. Nous touchons là à l'appréhension du risque.

Le faible nombre de décès recueilli par les données de l'observatoire nous font rappeler que ces données ne sont pas exhaustives. Quel que soit le nombre réel, nous considérons que le décès d'un enfant n'est pas acceptable alors que l'on aurait peut-être pu le prévenir.

Les décès par asthme, suffocation, hémophilie connue, accidents de trajet nous paraissent entrer dans la catégorie des décès évitables.

Les décès par rupture d'anévrisme nous paraissent plus difficiles à prévenir (en dehors de l'amélioration de la prise en charge initiale).

Les décès suite à un malaise cardiaque entreraient pour nous dans une catégorie intermédiaire.

Pour éviter certains décès, l'Observatoire préconise de « mettre en place une visite médicale effective à chaque palier de la scolarité pour déceler des pathologies et prévenir les risques d'accidents ». Nous discuterons de ces propositions dans le chapitre des propositions.

7.3 MISE EN PERSPECTIVE, LE CONTEXTE DE LA SANTE EN FRANCE

7.3.1 Résumé du rapport triennal du HCSP de 2002

Le rapport triennal du HCSP (24) est explicite :

« Pour les moins de 15 ans, les accidents sont à l'origine de près de 40% des décès et de 12% des hospitalisations et représentent le risque à court terme le plus important pour la santé des enfants, en France plus que dans de nombreux autres pays européens ».

Le rapport rend compte des progrès réalisés pour l'accès aux soins curatifs pour les plus démunis et l'insuffisance des actions de prévention entreprises pour réduire les inégalités « socio-spatiales » marquées. Il met en lumière, en France, un paradoxe : l'espérance de vie à la naissance est très élevée (record de longévité pour l'Union Européenne), en revanche, la mortalité prématurée (avant 65 ans) est élevée. La France est le pays où la mortalité prématurée réduit le plus l'espérance de vie à la naissance.

Le rapport précise qu'en France, de nombreux citoyens partagent la conviction que le système de soins constitue le principal déterminant de santé. Cette conviction, énoncent-ils, influence les décisions des élus et des professionnels au détriment de la prévention :

« Les stratégies en amont des soins sont encore trop peu développées en France, ce qui explique sans doute en partie nos résultats médiocres en terme de mortalité prématurée. Il s'agit de mieux faire prendre conscience de l'importance des autres déterminants de santé et de la plus grande efficacité dans certains cas d'autres stratégies que curatives »

En conclusion, retenons que la politique de santé en France a longtemps été une politique de promotion de l'accès aux soins plutôt qu'une politique de promotion de la santé. Actuellement, cette stratégie ne permet plus d'agir sur la mortalité prématurée et c'est le travail en amont, au niveau de la prévention qui doit, selon les experts, être développé.

7.3.2 Consommation de médicaments en France et dans les établissements scolaires

Malgré les difficultés méthodologiques pour connaître le poids (en terme de morbidité, mortalité et coût direct et indirect) de la iatrogénie médicamenteuse en France, on peut dire que c'est un problème de santé publique.

Le professeur Queneau (26), pour réduire le nombre d'accidents médicamenteux, propose d'agir aussi bien au niveau des prescripteurs lors de leur formation initiale et continue et qu'à celui des usagers.

Pour cela, il propose de réaliser : « dans le champ de l'éducation à la santé et à l'hygiène de vie en milieu scolaire, une information thérapeutique précoce, dès l'école primaire pour approcher ce qu'est réellement un médicament ». Il intègre cette formation à l'éducation civique. Il précise que cet objectif doit être commun à l'ensemble du corps enseignant et pour cela suggère :

- Qu'une formation des enseignants à cette mission soit réalisée au sein de l'IUFM ;
- Que des pré-requis soient acquis pour le concours de recrutement de l'enseignement secondaire.

Le problème de l'utilisation extensive de médicaments dans les établissements étudiés par le docteur Duval (9) avait été souligné dans un chapitre rédigé à ce sujet. Elle note :

- Un recours très fréquent aux médicaments ;
- L'utilisation importante et parfois dangereuse de l'aspirine (avant la parution du protocole de janvier 2000) ;
- L'utilisation de médicaments chez des enfants allergiques. Elle a même observé un exemple de prescription médicamenteuse qui avait transformé un soin non urgent en véritable urgence médicale (réaction allergique au spasfon ayant nécessité le déplacement du SAMU).

Une enquête réalisée par le Comité Français d'Education pour la Santé (23) en 1997 montrait que plus de la moitié des jeunes interrogés avaient pris un médicament dans les 30 jours précédant l'enquête.

Dans le rapport de mission (4) de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et de l'Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale sur le dispositif médico-

social en faveur des élèves, le problème lié aux demandes fréquentes de médicaments formulées aux infirmières avait été relevé :

« Les infirmières font, par ailleurs, l'objet de la part des élèves de demandes répétées de médicaments. Derrière cette demande, se cache le plus souvent une attente d'une autre nature, généralement liée à une situation de mal-être qui appelle des réponses à la fois plus subtiles et parfois pluridisciplinaires. (...) S'agissant de l'extension de compétences des infirmières, notamment pour la prescription des médicaments, la mission recommande la plus grande circonspection. »

Par manque de temps et souci de concision, nous n'aborderons pas le thème de la consommation médicamenteuse et de la dépendance.

7.3.3 Expertise collective de l'INSERM concernant l'éducation à la santé des jeunes

Un travail d'expertise collective (1) a été publié par l'INSERM concernant le thème de l'éducation à la santé des jeunes : y sont abordés les questions concernant l'intervention auprès des jeunes. Les rédacteurs du rapport soulignent qu'en France, il est consacré environ 10 francs par habitant à la prévention contre 11 000 francs pour les soins.

Ils recommandent de développer en France des compétences propres pour l'éducation à la santé et considèrent que :

- L'école est un lieu privilégié pour éduquer les jeunes à la santé
- Les médecins et les infirmières de l'éducation nationale ont un rôle central pour éduquer les jeunes à la santé. À ce titre, disent-ils, « ils doivent être soutenus dans leurs missions de prévention ».

7.3.4 Le concept de santé communautaire, la place de l'école

Depuis les années 1970, se développe la notion de santé communautaire où les citoyens sont activement impliqués pour maîtriser leur santé et ses déterminants.

Dans cette conception, la santé sort du champ de la médicalisation, les citoyens, par l'action, choisissent et développent leurs capacités à appréhender leur santé dans le cadre de leur vie. Ce concept élargit celui de la promotion de la santé par la part active que prennent les citoyens et introduit la notion de responsabilité de chacun (7).

En France, cette approche commence à se développer mais n'est pas encore généralisée. Nous citons par exemple le programme « communauté sûre » institué à Boulogne Billancourt

sous l'impulsion du professeur B. Chevallier (30). Depuis trois ans, d'après les premières estimations, le nombre d'accidents d'enfants aurait diminué de 12%.

Ce type de programme est plus lourd à mettre en œuvre qu'une simple intervention ponctuelle dans une classe et nécessite un véritable travail interprofessionnel pour connaître les besoins, décider comment (sur quoi, avec qui, pour qui) intervenir et également prévoir l'évaluation du programme.

Ces stratégies de prévention qui ont fait la preuve de leur efficacité dans les pays qui les pratiquent (notamment par des évaluations de coût-bénéfice des actions), ne sont que peu utilisées en France. Ce constat que nous rapprochons de celui des rédacteurs du rapport HCSP 2002, de celui de l'expertise collective de l'INSERM, est également celui des docteurs Tursz et Gerbouin-Rérolle (8) qui ont écrit un ouvrage concernant les accidents chez l'enfant. Les auteurs estiment que « la prévention en France ne s'appuie pas sur une stratégie globale mais procède par des actions éparpillées et non coordonnées, qui plus est rarement évaluée ».

En conclusion, les besoins repérés par les experts et les auteurs de santé publique, sont ceux du développement du champ de la prévention (selon des modalités définies et coordonnées) avec des stratégies encore peu utilisées en France où il est fait appel aux citoyens pour participer activement aux projets qui les intéressent. L'école, du fait de sa mission éducative, de l'existence des personnels de santé en son sein, a sûrement une place de choix à trouver dans cette mission.

7.4 APPRENDRE A PORTER SECOURS

Dans ce champ d'action (implication de l'école pour des enjeux de santé publique, pédagogiques et éducatifs dans une approche concrète de la citoyenneté), on ne peut méconnaître l'action « apprendre à porter secours » mise en œuvre dans plusieurs départements au niveau de l'école primaire (en projet pilote, pour la mise en place au collège, dans l'académie d'Amiens).

Ce programme, qui associe des médecins urgentistes, les infirmières et les médecins de l'éducation nationale, les enseignants et les personnels des établissements, a pour but de former la population aux gestes de premiers secours dans le cadre d'un enseignement progressif qui débute dès l'école maternelle et se termine avec l'obtention de l'AFPS en classe de troisième.

Cet enseignement est réalisé par les enseignants de premier degré qui ont été au préalable formés pour cet enseignement. Les compétences visées sont celles de l'apprentissage des gestes et des comportements à adopter en situation d'urgence, et font aussi appel à la notion de risque, de prévention, d'aide à autrui et bien sûr de connaissance sur son corps et son fonctionnement.

L'étude de ce mémoire ayant été réalisée dans des établissements secondaires, nous n'avons pu voir sur le terrain l'impact de cette action très séduisante ni en apprécier les limites.

Nous avons retrouvé deux mémoires de médecins de l'éducation nationale (11)(13) sur ce sujet. Dans ces deux travaux, sont soulignés l'importance de la formation continue des enseignants et le rôle des médecins et des infirmières de l'éducation nationale en « tant que conseillers techniques et experts en ce qui concerne la validité du message transmis aux enfants ».

Nous retrouvons ici l'importance d'un travail en partenariat pour permettre l'essor d'un projet ambitieux qui ne doit pas seulement être initié mais entretenu.

7.5 PLACE DES CESC ET DES CHS DANS CETTE PROBLEMATIQUE

Les comités d'Éducation à la santé et à la citoyenneté ont été créés dans un esprit de développement de la prévention, en partant des préoccupations des établissements, en tenant compte des caractéristiques de leur environnement en s'appuyant sur l'efficacité d'un partenariat de proximité. Une de leurs missions est de « contribuer à la mise en œuvre de l'éducation citoyenne dans l'école ou dans l'établissement en rendant l'élève responsable, autonome et acteur de la prévention ».

Les Commissions d'Hygiène et de Sécurité doivent permettre de promouvoir la formation à la sécurité et de contribuer à l'amélioration des conditions d'hygiène et de sécurité dans l'établissement.

Les problèmes posés par les demandes de soins, en particulier dans les établissements où elles sont importantes, pourraient être abordés lors des réunions de CESC et une réflexion pourrait être engagée avec les différents partenaires.

L'observation des modes de fonctionnement de ces commissions sur les collèges choisis, montre que l'esprit des commissions n'est pas toujours respecté, certaines se

réunissant en comité restreint, pour des questions relatives aux budgets, sans instaurer ni partenariat ni dialogue.

Les difficultés potentielles de fonctionnement liées à la création des CESC en 1998 avaient été évoquées dans le rapport sur le dispositif médico-social en faveur des élèves de 1999 et les rapporteurs écrivaient à ce propos : « En vérité, il importe moins d'imposer le CESC que de faire en sorte que s'impose l'idée que la prévention fait partie intégrante de la mission éducative de l'école. »

Dans les établissements étudiés les CESC existent et se réunissent. Les questions relatives à la santé ne sont pas abordées dans un sens large, il n'y a pas de réelle concertation ni de coopération avec les partenaires extérieurs.

7.6 DISCUSSION DE LA VALIDITE DE LA PREMIERE HYPOTHESE

Notre première hypothèse (les chefs d'établissement et enseignants craignent de prendre en charge de façon inadaptée les demandes de soins en milieu scolaire, la peur d'une implication juridique étant liée à cette difficulté décisionnelle) est erronée. La peur d'une implication juridique n'est pas au premier plan.

Au cours des entretiens, les personnes qui nous ont fait part de leur absence d'inquiétude ont, en la justifiant, fait part d'une ignorance concernant les risques potentiels, et d'une attitude insouciant par rapport à la prévention (nous pensons aux déclarations du chef d'établissement qui dit que l'achat de portables est inutile).

Concernant la crainte de la survenue d'un événement impliquant une prise en charge médicale, nous avons relevé un lien entre la crainte et des événements connus par expérience directe ou indirecte. Nous avons noté l'absence de crainte en dehors de ces faits connus que nous relions à l'absence de formation concernant la santé et l'absence de notions relatives à la santé publique.

Concernant la crainte d'une prise en charge inadaptée, nous avons noté qu'elle était liée à l'absence d'une personne pouvant faire le lien entre eux et les structures de soins.

Les personnes interrogées n'ont pas eu de formation concernant la santé. La seule formation éventuellement acquise est la formation aux premiers secours (AFPS).

Nous avons également relevé l'inquiétude liée à l'absence ou l'insuffisance de médicaments disponibles lors des sorties, également liée à l'interdiction de délivrance en dehors de la présence d'une infirmière. Nous relierons cette inquiétude à l'absence de formation des personnels concernant le problème de la iatrogénie médicamenteuse.

Nous avons, dans le chapitre de l'analyse, développé un paragraphe concernant la mise en perspective de cette problématique dans le contexte de la santé en France afin de pouvoir argumenter notre position. Il serait assez simple de diminuer l'inquiétude des personnels des établissements en créant des postes accueillant les élèves et traitant leurs problèmes de santé. Cependant, outre le fait que cela serait extrêmement coûteux, cela n'irait pas dans le sens de nos missions, à savoir, promouvoir la santé à l'école.

7.7 DISCUSSION DE LA VALIDITE DE LA DEUXIEME HYPOTHESE

La deuxième hypothèse se révèle pertinente (l'existence de textes et de protocoles ne suffit pas à elle seule à résoudre le problème de l'inquiétude face à ce problème).

L'éducation nationale pratique une politique d'intégration : « Il relève de la mission de l'école d'accueillir tous les enfants avec un même souci d'exigence et d'ambition. Les élèves atteints de troubles de la santé, quelles que soient leurs difficultés, doivent, dans cette perspective, être pleinement intégrés à tous les aspects de la vie à l'École ». (27)

Depuis la circulaire de 1999, de nombreux aménagements ont été réalisés pour intégrer les enfants porteurs de maladies chroniques : le cadre a été institué. Cependant, les textes existants sont souvent méconnus, le rôle des différents acteurs mal compris.

De la circulaire du 20 mars 1986 et du protocole national sur l'organisation des soins et des urgences, il est surtout retenu que lorsqu'une infirmière est présente, il relève de sa responsabilité de décider de l'orientation de l'élève et qu'en l'absence de celle-ci, les personnes titulaires de l'AFPS seront sollicitées en priorité pour déterminer la conduite à tenir. Peut-être est-ce pour cela que certains disent que s'ils sont formés à l'AFPS, les infirmières n'auront plus de raison d'être dans les collèges.

Le fait que la mise en place de l'organisation des soins et des urgences incombe au directeur d'école ou au chef d'établissement avec l'éventuel avis technique des infirmières et des médecins de l'éducation nationale, n'est pas acquis par tous les chefs d'établissement

interrogés. Dans deux des trois collèges, le médecin de l'éducation nationale est écarté de ce champ (son terrain d'action perçu uniquement les visites médicales).

Dans le collège de ZEP, il n'y a pas de collaboration entre l'infirmière et le chef d'établissement pour mettre en place l'organisation la plus appropriée, le chef d'établissement ayant décidé, sans consulter le personnel de santé, de recruter une personne pour l'accueil des élèves.

De même, « l'esprit » des textes juridiques ne semble pas compris. Seul, un chef d'établissement semble avoir repéré où se situait sa responsabilité juridique. Pour l'ensemble des personnels, il semble qu'il y ait une confusion entre l'obligation de moyens et de résultats et entre la nécessité de l'alerte et de la réalisation des soins.

Il est parfois retenu le nombre de personnes de l'éducation nationale condamnées dont les affaires sont commentées dans la presse. Le détail des affaires, à savoir pourquoi il y a eu ou non-condamnation (ce qui renvoie au devoir et à la responsabilité de chacun), n'est pas connu des personnes interrogées.

Nous avons souvent noté, lors des entretiens avec les enseignants, une confusion concernant l'administration des médicaments à l'école du fait d'une connaissance imprécise des textes. Quand nous abordions le sujet de la délivrance de médicaments dans le cadre d'un PAI, la première réaction était souvent de dire que les personnels des établissements n'ont pas le droit de délivrer les médicaments à l'école.

Au cours de nos observations, nous avons noté sur les collèges étudiés, que les Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté et les Commissions D'Hygiène et de Sécurité fonctionnaient de façon minimale (en comité restreint, uniquement pour bénéficier des budgets sans réflexion pluridisciplinaire...).

Les questions soulevées par les soins en milieu scolaire pourraient trouver une place dans ces commissions. Il ne suffit pas que ces dernières se réunissent, encore faut-il qu'elles fonctionnent et ne soient pas simplement utilisées pour le financement de projets non débattus.

Les textes existants donnent le cadre juridique et institutionnel et sont pour cela indispensables. Cependant, la méconnaissance de ces derniers par les personnels des établissements limite leur efficacité.

7.8 CONCLUSION DE L'ANALYSE

Ce travail (initialement centré sur l'inquiétude des enseignants concernant les soins médicaux en milieu scolaire) nous a entraînés, du fait des observations et des entretiens dans les collèges étudiés, sur un champ beaucoup plus vaste. L'absence de toute formation concernant la santé lors de la formation initiale des enseignants est une donnée que nous ne soupçonnions pas avant de débiter ce mémoire.

Le clivage entre le service médico-social et le personnel des établissements alors que nous dépendons du même ministère a été également une découverte lorsque nous avons pris nos fonctions dans les établissements. Le fonctionnement constaté, qui répond à une logique interne (gestion de temps par rapport à des objectifs pédagogiques considérés comme prioritaires, gestion des responsabilités perçues), va à l'encontre des préconisations des experts en santé publique.

Selon les données de santé publiques développées dans le chapitre précédent, pour améliorer l'état de santé de la population française actuellement, il faudrait agir au niveau de la prévention intégrée à l'éducation. Il faut entendre « éducation à la santé » dans un sens large : c'est à dire non pas simplement une information éducative des personnels de santé en direction des élèves, mais dans le sens d'une implication active de chacun. Nous avons un système de santé performant, le SAMU permet d'avoir un conseil, peut se déplacer en cas de besoin, il n'y a donc pas besoin de dispensaire au sein des établissements scolaires.

Pour évoluer, la santé doit être dissociée de la médicalisation.

L'école est le lieu idéal pour instaurer un changement.

Mais pour promouvoir une situation nouvelle, il ne suffit pas de le décréter.

8 - PROPOSITIONS

Nous reprenons dans ce chapitre les propositions relevées dans les documents que nous avons consultés, pour finalement établir un ensemble de propositions découlant de nos constatations.

8.1 PROPOSITIONS ISSUES DES DIFFERENTS DOCUMENTS UTILISES DANS CE MEMOIRE

Nous nous sommes appuyés dans ce mémoire sur différents travaux et avons retrouvé des propositions exprimées pour améliorer la prise en charge des soins médicaux en milieu scolaire.

8.1.1 Formations aux soins d'urgences

Le groupe de travail de l'Observatoire National de la sécurité des établissements scolaires préconise de rendre obligatoire la formation des enseignants à l'AFPS. Cette demande est également formulée par l'association des parents d'enfants allergiques (AFPRAL). Cette proposition, intéressante, ne nous semble pas suffisante pour résoudre l'ensemble des problèmes présentés concernant la prise en charge des soins médicaux en milieu scolaire.

Le premier argument est le caractère obligatoire. Une mesure est mieux acceptée si elle est comprise, et parfois une obligation entraîne des réactions d'oppositions systématiques.

Par ailleurs le fait de « passer » l'AFPS ne va pas rendre compétent pour la prise en charge de tous types de problèmes de santé pour la durée d'exercice professionnel. Les personnes ayant cette attestation nous ont toutes fait part de la perte de compétence acquise au bout de quelques années, voire quelques mois. Ceci est très compréhensible du fait de la rareté de survenue d'une urgence véritable.

Le Docteur Duval dans son travail de thèse (9), souligne l'intérêt d'un recyclage au moins tous les 3 ans ainsi que de l'acquisition d'une formation plus théorique concernant les problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés (diabète, épilepsie, asthme, tétanie...) ce qui compléterait les connaissances relatives aux premiers secours.

8.1.2 Information concernant l'usage des médicaments

Dans son rapport (26), le professeur Queneau propose qu'une information générale sur l'utilisation des médicaments et les risques iatrogéniques soient réalisés en formation continue et initiale des médecins et infirmières. Il préconise également une information du public en éduquant les jeunes dès l'école primaire. Ce texte définit cette formation comme partie intégrante de l'éducation civique et affirme que l'éducation à la santé et à l'hygiène de vie doit être un objectif commun à l'ensemble du corps enseignant. Les moyens à mettre en œuvre pour réaliser cet objectif seraient de former les enseignants au sein de l'IUFM et que certains pré-requis soient acquis et testés lors du concours de recrutement pour les professeurs de l'enseignement secondaire.

Le docteur Duval, suite aux observations réalisées lors de sa thèse, note qu'une information générale sur l'usage abusif des médicaments et ses conséquences devrait être délivrée en direction des enseignants... « Les effets secondaires de certains remèdes dits courants (paracétamol, aspirine, spafon...), dangereux ou à risque pourraient être présentés. Cette information pourrait être prise en charge directement par le corps des médecins de l'éducation nationale ».

Nous retrouvons donc dans ces documents deux orientations concernant la santé à l'école :

- Concernant les soins d'urgences à l'école, les auteurs préconisent une formation initiale et continue des personnels des établissements afin d'améliorer la prise en charge initiale des urgences nécessitant une intervention rapide, il est également préconisé une formation complémentaire concernant les maladies les plus fréquemment rencontrées en milieu scolaire.
- Les experts en santé publique insistent sur le rôle essentiel de l'école pour l'éducation des jeunes concernant la santé. Le Professeur Queneau souligne l'importance de l'école pour la lutte contre les accidents iatrogéniques.

8.2 NOS PROPOSITIONS

Nous proposons, pour modifier de façon cohérente et en profondeur la gestion des demandes de soins en milieu scolaire, que ces événements soient intégrés à la vie quotidienne de l'école, à titre d'illustration et comme base de réflexion sur la santé et la place et le rôle de chacun concernant la santé.

8.2.1 Formation des enseignants

8.2.1.1 Formation initiale

Il nous paraît indispensable que des bases concernant la santé soient données aux enseignants lors de leur formation initiale à l'IUFM, et que l'acquisition de ces connaissances soit validée.

Nous pensons que l'intérêt d'une formation à l'AFPS sera compris lorsque les personnels auront une formation à la santé et des notions statistiques des risques encourus. Les personnels interrogés n'ont pour référence que leur propre expérience, ce qui est insuffisant étant donné la nature du risque (événements rares mais potentiellement graves).

Nous proposons que soit créé un module santé obligatoire lors de la formation initiale, où l'on aborderait les thèmes suivants :

- Module général santé :
 - Le concept de la santé
 - La santé publique ;
 - Le concept de santé communautaire ;
 - Le citoyen acteur de sa santé ;
 - Le bon usage des médicaments, la iatrogénie ;
 - Place et rôle des médecins et des infirmières de l'éducation nationale, les CESC, les CHS ;
 - Le risque, la prévention.

- Module urgences et soins en milieu scolaire :
 - Réflexions et repères concernant les urgences ;
 - Responsabilité et rôle des personnels des établissements dans la prise en charge des problèmes de santé des élèves.

Ce module pourrait être construit à partir de réflexions sur ce thème et viserait à sensibiliser les futurs enseignants à la fois à la nécessité de se former à la prise en charge des urgences et à leur rôle en tant qu'enseignant pour transmettre une éducation ouverte sur la vie. Suite à ce module, une formation facultative à l'AFPS pourrait être proposée aux enseignants.

8.2.1.2 Formation continue

En formation continue, des formations réalisées par les médecins de l'éducation nationale concernant les maladies les plus fréquemment rencontrées à l'école, des repères concernant la gestion des urgences pourraient être proposées annuellement ou tous les 2 ans, l'AFPS pourrait être également proposée avec une remise à niveau tous les 3 ans.

La réalisation de PAI pourrait être l'occasion d'aborder plus en détail quelques questions de santé.

8.2.2 Rôle des médecins de l'éducation nationale

Les médecins de l'éducation nationale, comme personnel de santé et de l'éducation nationale, ont un rôle clef pour aider à promouvoir la santé à l'école.

Promouvoir, c'est encourager, provoquer la création, l'essor ou le succès. Ce n'est pas imposer ou asséner. C'est une tâche bien plus difficile que d'enseigner un savoir ou d'écrire un protocole.

8.2.2.1 Connaissances en santé publique

En premier lieu, pour être entendu et compris, il faut pouvoir rendre la santé lisible et compréhensible par des non-médecins. Il faudrait que les mEN puissent transmettre les données de santé publique de façon simple et concrète en direction des décideurs des programmes de l'IUFM, puis des personnels des établissements.

Il y a là selon nous, deux types de données à connaître :

- Les données recueillies par les experts en santé publique pour un travail cohérent en fonction des besoins repérés en France. Le travail du médecin de l'éducation nationale est de connaître les travaux publiés et de savoir les présenter simplement en direction des personnes n'ayant pas de formation médicale pour ensuite pouvoir débattre des choix à faire localement.
- Les données concernant les événements médicaux en milieu scolaire : pour améliorer la prise en charge de ceux-ci.

Participer au recueil statistique

Du fait de la place privilégiée que nous occupons auprès des jeunes, nous pourrions participer au recueil des données épidémiologiques les concernant et pour le domaine qui nous intéresse, aider au recueil des événements médicaux ou traumatiques en milieu

scolaire. En effet, le recueil statistique des évènements recensés en milieu scolaire permettrait une meilleure connaissance des besoins et d'objectiver l'efficacité des mesures de prévention éventuellement mises en œuvre.

Par exemple, nous avons cherché à connaître le nombre d'enfants décédés en milieu scolaire suite à l'inhalation de corps étrangers. C'est une cause de décès rare au-delà de 3 ans mais parfois évitable lorsque l'on connaît la conduite à tenir. Nous avons, de façon informelle, entendu deux histoires ayant entraîné le décès de deux enfants suite à une inhalation de corps étranger, mais nous n'avons pu exploiter ces données faute de vérification formelle.

Il nous semble qu'un recueil statistique permettrait d'influencer les décisions relatives à la formation des personnels des établissements (nombre de décès actuels, moyens de prévention, nombre de décès évitables).

Pour l'asthme, les deux décès retrouvés dans les données de l'Observatoire ne sont pas les seuls survenus en milieu scolaire. Nous avons recueilli d'autres témoignages faisant état d'autres décès de cette nature en milieu scolaire. Il importe de les comptabiliser, de connaître les circonstances précises de survenue pour agir de façon adaptée et éviter de nouveaux accidents.

La nécessité pour les médecins scolaires de participer au recueil des données épidémiologiques pour « éclairer les autorités compétentes dans leur conduite de santé publique » avait été relevée par les rédacteurs du rapport sur le dispositif médico-social en faveur des élèves (4).

8.2.2.2 Aider à la prise en charge des demandes et des besoins de soins médicaux dans les établissements scolaires

Au niveau des établissements dont il a la charge, le médecin de l'éducation nationale a un rôle essentiel pour aider les personnels face aux demandes ou besoins de soins.

Il peut, à notre avis, s'impliquer à deux niveaux :

- Améliorer la prise en charge des urgences médicales en donnant des repères pour l'évaluation d'un état clinique, repères qui serviraient autant à rassurer le cas échéant qu'à alerter efficacement en cas de besoin. Il devrait pouvoir répondre à la demande des personnels de façon précise et simple et intégrer les données de la responsabilité juridique. Nous verrons dans un paragraphe ultérieur les compétences nécessaires pour répondre à ce besoin.

- Limiter le recours intempestif à l'infirmier et à la prescription médicamenteuse. Pour cela, il devrait pouvoir engager une réflexion dans les établissements, conjointement avec les enseignants et en y associant les parents, sur la place de la maladie et de la souffrance au sein de la vie, en lien avec une réflexion sur l'usage des médicaments. Cette réflexion pourrait s'étendre sur la question de la performance et des prescriptions visant à améliorer cette dernière. Il faut pouvoir susciter une réflexion touchant à l'image de la santé.

8.2.2.3 Aider au dépistage des enfants porteurs de maladies chroniques et nécessitant des mesures spécifiques de prise en charge ou de surveillance

Dans le cadre de la discussion concernant la prévention des événements médicaux graves, une proposition a été formulée par l'Observatoire National de la Sécurité des établissements scolaires. Cette proposition vise à identifier les problèmes de santé des élèves, pour pouvoir anticiper les complications brutales :

« Prévoir un examen médical à chaque nouveau cycle (élémentaire, collège, lycée enseignement supérieur) pour tous les élèves, mesure qui pourrait s'inscrire dans un politique volontariste de santé publique ».

Cette proposition a été formulée car un certain nombre de décès d'élèves étaient dus à des pathologies non diagnostiquées antérieurement en particulier des atteintes cardiaques ou des pathologies connues mais non signalées à l'école et minimisées comme l'asthme.

Concernant cette proposition, étant donné le nombre de médecins de l'éducation nationale, le nombre moyen de consultations des enfants auprès d'un médecin traitant et la faible rentabilité des visites médicales scolaires systématiques (environ 35% des avis formulés aux familles sont suivis d'effets) nous la remplacerions par une autre, qui serait, par le biais des enseignants, de nous adresser les élèves qui peuvent relever de mesures spécifiques à l'école. En clair, en donnant aux enseignants des repères concernant certaines maladies, par exemple l'asthme, et des repères concernant la gravité potentielle de celle-ci, nous pourrions, par exemple avec les PAI, éviter certaines prises en charges inadaptées (2).

Par ailleurs, selon les données de l'observatoire, un certain nombre de décès ont lieu lors des activités d'EPS. Il nous paraît plus rentable de passer plus de temps avec les professeurs d'éducation physique et de chercher avec eux comment se place la découverte du corps et

de la santé au travers de l'enseignement concret de l'éducation physique que de réaliser de nouvelles visites systématiques.

Dans un lycée où nous travaillions, les enseignants d'EPS avaient intégré ces données éducatives à leur enseignement qui visait à apprendre aux jeunes comment mieux se connaître et à développer leurs ressources selon leurs compétences individuelles. Ainsi, la question de la performance était évaluée selon les possibilités de chacun et non selon des barèmes liés au sexe et à l'âge.

Les enfants obèses, par exemple, avaient un programme personnalisé qui leur permettait de progresser à leur rythme et avoir des notes qui reflétaient leurs efforts et leurs progrès. Les enfants présentant des troubles de la santé ou des handicaps étaient toujours intégrés. Dans ces cours d'EPS, il y avait un taux particulièrement bas d'absentéisme.

Par ailleurs, en début d'année, ces enseignants apprenaient aux élèves comment prendre leur pouls et leur faisaient réaliser la manœuvre de Ruffier-Dickson (qui consiste à mesurer la fréquence cardiaque de repos, celle à l'arrêt d'un effort et une minute après l'arrêt de l'effort). Les élèves présentant un mauvais indice de Ruffier nous étaient adressés en consultation et cela a permis de détecter quelques anomalies cardiaques non décelées auparavant.

8.2.3 Stratégie et moyens d'action

Pour répondre à la problématique des soins d'une façon cohérente et adaptée aux besoins de santé, nous avons vu qu'il fallait adopter une stratégie de formation en s'assurant de l'adhésion et de la participation des élèves, de leurs parents et des personnels des établissements.

Il faut pouvoir former (donc avoir ou acquérir et entretenir des connaissances sur le sujet), il faut aussi pouvoir convaincre ceux que l'on souhaite atteindre, certains attendant de notre part une réponse directe à leur demande. Cela demande des compétences en communication, la mission proposée n'étant pas aisée...

Il nous paraît également souhaitable de pouvoir échanger entre nous, acteurs de terrain, pour connaître les entreprises, les succès et échecs rencontrés par nos collègues afin de profiter de l'expérience de chacun et ne pas, isolément, procéder par tâtonnement.

8.2.3.1 Formation continue concernant les urgences

Comme nous l'avons vu précédemment, les médecins de l'éducation nationale n'étant pas fréquemment confrontés à des urgences médicales lors de l'exercice de leurs fonctions, il nous paraît indispensable, pour qu'ils puissent participer à la formation des personnels concernant les urgences en milieu scolaire, qu'ils puissent régulièrement bénéficier de formations à ce sujet.

Il existe, dans l'Académie d'Amiens, un projet de réalisation de fiches d'urgences en direction des médecins et des infirmières de l'éducation nationale. Ces fiches, en cours d'élaboration, sont le fruit d'un travail impliquant des médecins du SAMU, des médecins de l'éducation nationale, et des médecins et infirmières responsables départementaux. Les différentes situations abordées le sont en se plaçant dans le contexte de l'école.

Des formations régulières et des repères écrits pourraient permettre aux mEN d'avoir les compétences nécessaires pour à leur tour former les enseignants dans ce domaine.

8.2.3.2 Formation en communication

Les techniques de communication ne sont pas enseignées au cours des études médicales. En tant que médecin de l'éducation nationale, nous devons, dans le cadre de nos missions, intervenir auprès d'élèves, de leurs parents, d'enseignants ou de personnels de direction. Il faut parfois arriver à négocier et convaincre dans des conditions difficiles.

Puisque, nous l'avons vu, nous ne sommes plus dans la logique d'un discours médical qui se voudrait porteur de la vérité, mais dans une logique de partage des savoirs vers une appropriation des concepts par d'autres, nous devons apprendre de nouvelles techniques de communication. Si nous avons bénéficié de quelques heures d'enseignement dans ce domaine lors de notre formation à l'ENSP, des compléments nous semblent indispensables pour nous aider dans notre entreprise.

8.2.3.3 Mise en place de moyens d'échange et de communication entre les médecins de l'éducation nationale

Il serait intéressant que les différents médecins puissent échanger des informations et des expériences concernant leurs activités. A l'heure d'Internet, nous pensons qu'un site, indépendamment des organisations syndicales existantes, pourrait être créé, pour permettre d'échanger facilement.

8.3 CIRCULAIRE N°2002-098 DU 25-4-2002 CONCERNANT LA POLITIQUE DE SANTE EN FAVEUR DES ELEVES

La circulaire du 25-04-2002 (20), qui énonce les principes guidant la politique de santé à l'école, rappelle que cette dernière est l'affaire de l'ensemble de la communauté éducative.

Cette circulaire réaffirme l'ambition de l'école pour s'inscrire de façon coordonnée dans la politique de santé du pays. Il est créé un observatoire de l'enfance et de l'adolescence qui a pour mission « d'améliorer la cohérence des actions de prévention proposées aux élèves, d'informer et former, en adaptant les conclusions de travaux scientifiques aux besoins des acteurs du système éducatif ».

La formation initiale et continue des personnels est présentée comme « un levier essentiel pour promouvoir la prise en compte des questions de santé dans les écoles et les établissements scolaires ». Les formations « inter-catégorielles » sont présentées comme prioritaires et il est noté la nécessité de renforcer les compétences spécifiques des personnels médicaux, infirmiers et sociaux dans leurs capacités de travailler en équipe et dans leur « professionnalité ».

Cette circulaire, dont nous avons pris tardivement connaissance pour ce mémoire, va dans le sens de nos propositions. L'observatoire créé pourra nous aider à adapter nos missions selon des données actualisées en coordination avec les différents intervenants.

La nécessité de formation initiale et continue de tous les personnels est présentée comme essentielle.

CONCLUSIONS

Partant d'un constat sur l'inquiétude des personnels des établissements concernant la prise en charge des demandes de soins médicaux pendant le temps scolaire, nous avons, dans un premier temps, cherché à approcher l'urgence d'une demande formulée dans ce contexte pour pouvoir préciser ce que l'on était en droit d'attendre de la réponse.

Nous avons aussi recherché dans quel cadre réglementaire devait se situer la réponse en tenant compte de l'organisation sanitaire de la France. Nous avons observé sur le terrain ce qui se passait dans 3 collèges du département et questionné les personnels sur leurs pratiques et leurs représentations concernant ce problème.

Il ressort de ce travail que de nombreuses demandes sont formulées, d'autant plus nombreuses qu'il y a une organisation spécifique pour y répondre. Cette dernière est parfois constituée de l'infirmière qui, de ce fait, est freinée dans ses missions de promotion de la santé : l'infirmerie étant alors provisoirement transformée en dispensaire.

Une très faible partie de ces demandes nécessite une réponse médicale urgente, mais exceptionnellement et de façon imprévisible c'est une véritable urgence vitale à laquelle il faut savoir répondre de façon adaptée, sous peine de mettre une vie en danger.

Par ailleurs, l'excès de consommation médicamenteuse dans les établissements scolaires est relevé par plusieurs auteurs et reflète les abus constatés d'une façon générale, en France.

L'enquête sur le terrain montre que l'inquiétude est liée à l'absence d'une personne pouvant se charger de l'ensemble des demandes du champ sanitaire et que le risque n'est perçu que par rapport à une expérience vécue.

L'urgence a cette particularité de ne pas toujours se présenter en tant que telle. Autrement dit, il faut une formation spécifique pour acquérir les repères nécessaires afin d'identifier une urgence vitale et y répondre de façon appropriée.

De cet enchevêtrement entre le banal et l'exceptionnel, nous préconisons de ne pas répondre en terme de prise en charge directe à l'inquiétude formulée par les personnels des établissements.

En revanche, ayant lu les recommandations des experts en santé publique pour comprendre la signification de la promotion de la santé actuellement en France, nos propositions s'articulent autour d'un projet de démarche communautaire où chacun (élèves, parents, enseignants, personnels non enseignants des établissements) prendrait une part active concernant la santé.

A l'inverse de ce qui est demandé dans les établissements (création de lieux de soins), nous souhaitons utiliser les demandes de soins en milieu scolaire pour instituer une approche concrète de la santé. Par une implication réelle des personnels, des élèves et de leurs parents concernant les soins et les urgences en milieu scolaire, nous souhaitons aider les citoyens à faire de leur santé une affaire personnelle.

Nous pensons que le poste de médecin de l'éducation nationale, contrairement à ce qui est perçu sur le terrain, est essentiel pour promouvoir une culture de la santé à l'école. Notre séjour à l'ENSP nous a permis de cerner la problématique de notre rôle, de l'influence potentielle que nous pouvons exercer dans le champ de nos compétences liées, entre autres, à la formation et à la réflexion.

Les directives récentes concernant la politique de santé en faveur des élèves vont dans le sens d'une véritable intégration de la santé à l'école. La formation, dont le caractère essentiel est reconnu dans ce texte, devrait permettre l'acquisition d'une culture partagée de la santé entre l'ensemble des intervenants en milieu scolaire, et d'améliorer nos capacités de communication pour une véritable approche de partenariat.

Notre travail, facilité par ces directives, est d'aider à l'application concrète de celles-ci et de permettre localement de donner vie à ces projets.

BIBLIOGRAPHIE

1- Ouvrages

- (1) ARWIDSON P. et al. *Education pour la santé des jeunes- démarches et méthodes* –éditions INSERM, 2001, 247 p
- (2) DUTAU G. *Guide pratique de l'asthme de l'enfant* MMI édition, 2002, collection médiguides, 249 p
- (3) DUTAU G. *Guide pratique d'allergologie*, MMI édition, 2000, collection médiguide, 294 p
- (4) LAGARDÈRE M.L VAUDIAUX J. *Rapport sur le dispositif médico social en faveur des élèves-éditeurs*. IGAEN-IGAS, février 1999, 92 p.
- (5) PENEFF J. *Les malades des urgences*. Métaillé, 2000. 190p
- (6) RANCÉ F. *Allergie alimentaire chez l'enfant*. Edition médecine et enfance, 2000. 210 p
- (7) Société Française de Santé Publique. *Développement social et Promotion de la santé. La démarche communautaire*. Collection Santé et Société. N°9. Avril 2000.
- (8) TURSZ A. *Les accidents chez l'enfant en France, quelle prévention, quelle évaluation ?* Inserm 2001 184 p

2- Thèses

- (9) DUVAL. V. *Problèmes posés par les urgences médicales en milieu scolaire. Etude réalisée dans les établissements publics d'enseignement secondaire du département de la Somme. Thèse de doctorat en médecine*, 120p.

3- Mémoires

- (10) DANROC A. *Mise en place de l'enseignement des gestes de premiers secours en seine maritime. Evaluation de la mise en œuvre du programme dans les écoles de la circonscription de ROUEN 2. Etude professionnelle de médecin de l'éducation nationale*, ENSP, 2000.
- (11) LESAGE F. *Apprendre à porter secours à l'école : un double enjeu de citoyenneté et de santé publique. Mémoire de médecin de l'éducation nationale*, ENSP, 2001.
- (12) TAUDOU P. *Circulaire de l'Education nationale sur les PAI et les allergies : aspects juridiques. Etude professionnelle de médecin de l'éducation nationale*, ENSP, 2000.

- (13) TEYSSERES. Expérience et attitude des enseignants des écoles primaires de Vitry sur Seine par rapport à la formation aux gestes de premiers secours. Mémoire de médecin de l'éducation nationale, ENSP, 1998.

4- Liste des textes officiels

- (14) Circulaire n°86-144 du 20 mars 1986. Médecine de soins dans les établissements publics d'enseignement. B.O.n° 14 du 10 avril 1986.
- (15) Circulaire n° 96-248 du 25 octobre 1996. Surveillance des élèves.
- (16) Note de service N° 97-151 du 10 juillet 1997 : Education à la santé et à la citoyenneté : apprendre à porter secours. B. O. N° 27 du 17 juillet 1997.
- (17) Circulaire n°99-181 du 10 novembre 1999. Accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période dans le premier et le second degré. B.O.n° 41-18 novembre 1999.
- (18) Note du 29 décembre 1999. Protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement (EPLE). B.O. de l'éducation nationale, H.S.N° 1 du 6 janvier 2000.
- (19) Circulaire n°2001-012 du 12 janvier 2001. Mission des médecins de l'éducation nationale. Bulletin Officiel de l'éducation nationale. Spécial N°1 du 25 janvier 2001.
- (20) Circulaire n°2002-098 du 25 avril 2002. Politique de santé en faveur des élèves. B.O.n°18 du 2 mai 2002.

5- Références électroniques

- (21) AFPRAL. Association Française pour la Prévention des Allergies. <http://www.prevention-allergies.assoc.fr>
- (22) Baron D., Lejonc J.-L. et Neimitz B.. Proposition de maquette pour un DESC *de médecine d'urgence*. Document de travail, juillet 2001. http://www.sfm.u.org/documents/kiosque/desc_medecine_urgence.pdf
- (23) Comité Français d'éducation pour la santé. <http://www.cfes.santé.fr>
- (24) HAUT COMITE SANTE PUBLIQUE. La santé en France 2002. Paris, HCSP. Disponibilité : <http://ww.hcsp.ensp.fr>
- (25) Observatoire national de la de la Sécurité des établissements scolaires et d'enseignement supérieur. <http://www.education.gouv.fr/syst/ons>
- (26) QUENEAU.P. Rapport de mission sur la iatrogénie médicamenteuse et sa prévention. 20 mars 1998. Disponibilité : <http://ww.inserm.fr>

6-Articles de périodiques

- (27) BANCEL.D. Préface. Réadaptation, janvier 2001, n°476, pp 8.
- (28) BOCK S. A. *Fatalities due to anaphylactic reactions to foods*. J. Allergy Clin Immunol, 2001, Vol 107, n°1, pp 191-3.
- (29) CAU. D. *Urgences, demandes ou tyrannie ?* Médecine et enfance, janvier 2002, pp 29-30.
- (30) COLLIGNON.H *Entretien avec le Professeur CHEVALLIER :Le programme "communauté sûre" de la ville de Boulogne- Billancourt*. Médecine et enfance, Février 2002, pp 141-2.
- (31) DENIAUD-MORIN A. *Projet d'accueil individualisé à l'école et en restauration scolaire des enfants présentant une allergie alimentaire*. Allergie et Immunologie-2001, Vol 33, n°3, pp 142-6.
- (32) KANNY G. *Population study of food allergy in France*. J allergy Clin Immunol, july 2001, pp 133-140.
- (33) MONERET-VAUTRIN D. A. *Anaphylaxie en milieu scolaire : comparaison des directives sur la prise en charge aux Etats-Unis et en France*. Allergie et Immunologie, 1999, Vol 31, n° 5, pp 141-3.
- (34) MONERET-VAUTRIN D. A. *Food anaphylaxis in schools: evaluation of the management and the efficiency of the emergency kit*. Allergy, 2001, vol 56, pp 1071-6.
- (35) MONERET-VAUTRIN D. A. *L'anaphylaxie alimentaire. Nouvelle enquête multicentrique française*. Bull. Acad. Natle. Méd, 1995, Vol 179, n°1, pp161-184.
- (36) MONNERET-VAUTRIN. D. A *Anaphylaxie alimentaire Comment assurer la sécurité en milieu scolaire*. Alim'inter, janvier 1999, Vol 4, n° 16.
- (37) PACCIONI.C. *Projet d'accueil individualisé à l'école : asthme et allergie alimentaire, avantages, écueils*. Rev. fr. Allergol., 1999, Vol 39, n°8, pp 667-673.
- (38) PIN. I. *Etude transversale de l'intégration scolaire des enfants asthmatiques issus d'un échantillon de la population générale*. Arch. Pédiatr., 2000, n° 7, pp 817-24.
- (39) RHIM G. S. *School readiness with food allergies*. Annals of Allergy, Asthma Immunology, 2001,n°86, pp 172-176.
- (40) TAUDOU. P. *Projet d'accueil individualisé et administration médicamenteuse en milieu scolaire, aspects juridiques*. Lettre Information Juridique, mars 2002, pp 16-27.

- (41) VICKERS D. W. *Management of children with potential anaphylactic reactions in the community : a training package and proposal for good practice.* *Clinical and Experimental Allergy*. 1997, Vol 27, pp 898-903.
- (42) YOCUM M. V. *Epidemiology of anaphylaxis in Olmstead County : a population based study*, *J.Allergy Clin Immunol*, 1999, n°104, pp452-6
- (43) YUNGINGER J. W. *Fatal food-induced anaphylaxis*. *JAMA*, 1988, n°260, pp 1450-2

ANNEXE

Nombre d'appels au SAMU 02 émanant d'une structure scolaire. Données du SAMU du département de l'Aisne.

<i>Année</i>	<i>Appels en provenance d'une structure scolaire</i>	<i>Total annuel</i>
1997	710	25 236
1998	731	27 966
1999	969	31 352
2000	1121	32 247
2001 (au 12/12)	1050	32 686