

Note SNICS-FSU sur la projet d'arrêté XX fixant la liste des actes et des soins pouvant être réalisés par les infirmiers diplômés d'Etat.

Rappel synthétique : Enjeux liés à la loi infirmière et à ses textes d'application pour les infirmières de l'Éducation nationale et de l'enseignement supérieur

La loi du 27 juin 2015 a constitué une étape majeure pour la reconnaissance de l'autonomie et de l'expertise infirmière, en particulier dans l'Éducation nationale. Elle a affirmé l'existence de spécialités et confirmé l'exercice autonome des infirmières au service de la réussite scolaire. Un premier projet de décret d'application nous a été transmis. Faute de véritable dialogue social (malgré nos courriers et demandes), c'est dans le cadre du CNPI que le SNICS-FSU a pu intervenir. Ce **projet de décret « missions et compétences »** comportait certes quelques avancées symboliques, mais il introduisait plusieurs régressions importantes, renforçant une logique de subordination médicale et administrative au détriment de l'autonomie professionnelle.

Nos interventions ont porté sur plusieurs points fondamentaux[1] :

- Responsabilité professionnelle et rôle propre, la dimension globale et holistique de la profession infirmière : le décret, dans sa rédaction initiale, affaiblissait ces dimensions pourtant centrales dans la loi.
- Reconnaissance des spécialités, en particulier celle des infirmières de l'Éducation nationale et du supérieur : la rédaction prévue bloquait la pratique de cette spécialité et empêchait l'émergence de nouvelles spécialités sans modifier à chaque fois le décret de base. À ce titre, nous avons proposé l'ajout d'un « notamment » dans le premier article 1er -4ème alinéa, permettant d'ouvrir explicitement la voie à la spécialité infirmière de l'Éducation nationale, dans la continuité des autres spécialités reconnues. Cette modification a été déterminante.

Grâce à ces interventions, il a été possible :

- d'ouvrir l'application de la spécialité d'infirmière de l'Éducation nationale sans avoir « casser » ce décret en Conseil d'Etat.
- de garantir la possibilité de soins éducatif mais également relationnels incluant le soutien psychologique global de la personne et donc de l'élève ou l'étudiant.es,
- de renforcer l'autonomie dans la prise en charge, notamment en matière de douleur, de détresse physique ou psychique,
- d'intégrer la démarche d'éducation à la santé, absente du projet initial,
- d'y inscrire l'accès direct aux infirmières,
- de soutenir la reconnaissance des compétences, y compris en matière de prescriptions de produits de santé ou d'examens complémentaires relevant de leur champ de pratique, utile pour mieux répondre aux besoins des élèves et étudiantes mais aussi pour sécuriser l'administration de médicament d'usages courant,
- de sécuriser l'orientation vers les professionnels adaptés (psychologue, psychiatre, médecin traitant...), fondée sur la consultation infirmière, sans nécessité de prescription systématique du médecin de l'Éducation nationale ou du médecins traitant,
- et d'inscrire la nécessité de l'innovation et de la recherche, indispensables à l'évaluation et à l'amélioration continue des pratiques professionnelles, notamment en milieu scolaire et universitaire,

Ces éléments constituent aujourd'hui des enjeux déterminants pour que le futur et pour la capacité des infirmière à répondre aux besoins élèves et enjeux de la santé à l'Ecole.

La revue RDSS – revue de droit sanitaire et social- LefevreDalloz- de juillet aout 2025 stipule qu'il est important que le pouvoir réglementaire mette en pratique rapidement la volonté du parlement en créant l'encadrement réglementaire de cette nouvelle spécialité infirmière avec des compétences exclusives qui devront lui être dévolues , sa reconnaissance statutaire pleine et entière avec un régime juridique autonome inscrit directement dans la loi. La mise en œuvre de la loi infirmière doit respecter pleinement les missions, les compétences et la responsabilité des INFENES. Un dialogue sociale rapprocher doit s'engager car il conditionnent non seulement la

qualité des soins dispensés aux élèves, mais également l'attractivité et la modernisation de la santé à l'Ecole.

Article 5

Après l'article L. 4311-4 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4311-4-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4311-4-1. - Les infirmiers du corps de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur constituent une spécialité infirmière autonome pouvant être sanctionnée par un diplôme de niveau 7.

« A ce titre, ils exercent des missions spécifiques définies par leur cadre statutaire. Leur rôle, principalement éducatif et préventif, s'inscrit dans la politique générale de l'éducation nationale, dont l'objectif est de contribuer à la réussite de tous les élèves et étudiants.

« Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »

Des textes d'applications décret en conseil d'état et arrêté en fin de parcours de discussion (annoncés fin novembre)

Si à notre connaissance le décret a connu une évolution favorable et un avis favorable du HCCP en date du 19 novembre 2025, **le projet d'arrêté transmis par le ministère de la Santé au CNPI le 11 novembre (comme projet « martyr ») pose un problème majeur** : il ne respecte ni l'esprit ni la lettre de la loi du 27 juin 2025, ni l'architecture prévue des textes d'application.

Sur la base de la PPL et des position et débats du parlement cette loi doit amener une meilleure reconnaissance et un élargissement des compétences et domaines d'activité des infirmières, or le texte semble faire l'impasse sur la définition de la profession infirmière et de son champ de responsabilité qui lui est propre aussi absente du décret et avec une définition du rôle propre lui aussi négligé nous proposons que l'arrêté s'ouvre sur la base d'un préambule reprenant **mot à mot de l'actuel article R.4311-2** du Code de la santé publique, qui demeure le texte fondamental de référence, protecteur et le plus conforme à l'exercice réel de la profession.

Conformément au cadre légal, cet arrêté devrait être structuré **par domaines d'activité infirmière**, Or, le projet communiqué s'écarte totalement de cette architecture.

Il ne s'appuie pas sur R.4311-2, ignore la structuration par champs d'activité, et recentre la profession sur une approche hospitalo-technique, fragmentée, strictement orientée vers des actes ponctuels. Cette orientation est non seulement contraire à la loi, mais elle est incompatible avec l'exercice infirmier dans de nombreux champs, et tout particulièrement en **milieu scolaire et universitaire**.

1. Ce que l'arrêté aurait dû contenir, et qui manque totalement

1.1. Un préambule reprenant R.4311-2

Ce texte fondamental décrit la profession infirmière comme :

- globale,
- relationnelle,
- éducative,
- psychosociale,
- centrée sur la personne et son cadre de vie,
- intégrant prévention, dépistage, promotion de la santé, accompagnement psychique et social.

L'arrêté devrait partir de cette base pour décliner les missions par domaines d'activité.

Ce n'est pas le cas.

1.2. Une structuration par domaines d'activité, comme l'impose la loi

Loi 27 juin **article 1** : « Art. L. 4311-1.-I... « IV.-Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des représentants des professionnels concernés, précise les domaines d'activité et de compétence de l'infirmier.

« Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe, pour chacun des domaines d'activité, la liste des actes et soins réalisés par les infirmiers. »

La loi prévoit que les actes doivent être listés **par champ d'activité**, notamment :

Le décret en cours de discussion prévoit 10 domaines de l'activité infirmière :

1. Projet de soins et diagnostic infirmier.
2. Soins préventifs, éducatifs, relationnels, curatifs, palliatifs ; consultation infirmière.
3. Évaluation et soutien de l'autonomie.
4. Douleur et détresse : prévention – évaluation – soulagement.
5. Surveillance clinique et contribution aux traitements.
6. Prescription infirmière encadrée.
7. Éducation à la santé, dépistage, promotion et santé publique.
8. Organisation des soins, coordination, orientation, premier recours.
9. Encadrement, tutorat, développement des compétences.
10. Recherche, innovation, qualité, sécurité des soins.

Aucun de ces domaines n'apparaît clairement dans l'arrêté transmis.

1.3. articulation entre les différents arrêté et leur champ avec les différents exercice peu lisible.

Le SNICS souhaite avoir une vision globale entre les différents textes d'applications. Decret arrêtés actes, arrêté prescription, spécialités etc.

1.4. Un chapitre dédié à la prévention, la promotion de la santé et l'éducation à la santé

Ce chapitre est indispensable, notamment pour intégrer l'action globale de l'infirmière (conception, définition, évaluation, coordination, mise en œuvre) :

- la prévention notamment primaire,
- les actions individuels et collectives de santé,
- la promotion de la santé,
- les actions menées en milieu scolaire et universitaire telles que prévues dans **L.121-4 du Code de la santé publique** et les articles du Code de l'éducation relatifs à la santé scolaire.

L'arrêté ignore entièrement ce champ, alors qu'il est au cœur de la mission infirmière et notamment en milieu scolaire et universitaire où la promotion de la santé, l'éducation et la prévention occupe une part importante de leur champ d'action.

1.4. Un article dédié aux soins relationnels et au soutien psychique

Le législateur a explicitement demandé que les soins relationnels infirmiers et le soutien psychique soient reconnus.

Ce champ est essentiel dans tous les secteurs, mais particulièrement en milieu scolaire où :

- évaluation de la santé mentale d'un individu ou d'un groupe et repérage des souffrances psychiques, orientation le cas échéant

- les entretiens et consultation infirmiers, écoute active, relation d'aide, soins relationnels, l'accompagnement des situations complexes,
- action sur les déterminants en santé mentale dans différents lieux de vie et lieux d'exercice, prévention, éducation etc.

Le texte est totalement silencieux sur ce domaine.

1.5. L'intégration de la santé environnementale

Les recommandations du HCSP, de la HAS et de Santé publique France insistent sur l'importance d'intégrer la santé environnementale dans l'ensemble des politiques et dans la formation des professionnels de santé donc dans l'exercice infirmier :

En tant que professionnels de santé intervenant dans différents lieux de vie et cadre d'emplois l'infirmière peut agir ou impulser des dynamiques pour améliorer la prise en compte des déterminants de santé en vue d'agir sur le maintien ou l'amélioration de la santé globale des individus :

- organisation globale, rythme et environnement propices à la santé
- qualité de l'air (intérieur, extérieur)
- allergènes,
- humidité et moisissures,
- perturbateurs endocriniens,
- hygiène des lieux de vie.

Cette dimension est essentielle en milieu scolaire et universitaire.

Elle est totalement absente du texte.

1.6. La clarification de la coordination et de l'orientation

Les infirmières de l'Éducation nationale assurent une **consultation de premier recours**, à la demande de l'élève ou de la famille, afin :

- d'évaluer l'état de santé global,
- de mettre en place un suivi infirmier,
- d'orienter vers les professionnels ou structures adaptés,
- de travailler dans une perspective éducative et non strictement pathologique,
- de contribuer à l'égalité d'accès à la réussite scolaire.

Cette mission d'orientation et de coordination, essentielle dans le rôle propre infirmier, n'est pas reconnue dans l'arrêté.

2. Un risque immédiat : la visite de dépistage de la 12^e année sort du périmètre infirmier

Le comparatif avec la visite de dépistage de la 12^e année _arrêté du 03 novembre 2015_ montre clairement qu'en l'état, **cet acte n'entre plus dans le périmètre du rôle propre infirmier**.

Deux lectures sont alors possibles, toutes deux problématiques :

1. Soit cet acte ne pourrait plus être réalisé par une IDE de niveau licence,

ce qui reviendrait à considérer que le bilan de santé adolescent nécessite désormais un niveau master — ce qui n'a aucun fondement sanitaire ou juridique.

2. Soit cet acte serait rebasculé sous coordination médicale, un bilan réalisé en majorité par des infirmières — et non par des médecins — poserait un problème de suivi.

Dans les deux cas, cela représenterait une régression du cadre actuel qui contredit :

- la jurisprudence du Conseil d'État confirmant la capacité infirmière à réaliser ce bilan,
- le cadre réglementaire actuel,
- la réalité du travail à l'Ecole mais également dans d'autres champs.

Cette position révèle avant tout une vision médico-centrée qui ne reflète pas l'organisation d'un système de santé moderne ni l'état de la démographie médicale.

3. Les conséquences globales pour la santé à l'Ecole et la réforme

En l'état, l'arrêté efface l'action primordiale de l'Infirmière dans la prévention primaire, éducation et la promotion de la santé. Il s'inscrit dans la logique problématique de la réforme médico-centrée de la santé à l'Ecole engagée ces derniers mois. Il s'agit d'une régression majeure, contraire aux besoins de santé des usagers et à l'esprit de la loi.

4. Position du SNICS-FSU

Le SNICS ne demande **rien d'autre** que :

- participer pleinement aux travaux du ministère de la Santé et du ministère de l'Éducation nationale ;
- obtenir une spécialité infirmière conforme à la loi ;
- assurer que les textes renforcent — et non affaiblissent — la capacité d'action des infirmières ;
- garantir qu'aucun texte ne constitue une régression par rapport à R.4311-2 ;
- préserver un exercice infirmier global, éducatif, relationnel, psychosocial, environnemental, adapté aux besoins réels des jeunes ;
- sécuriser juridiquement la visite de dépistage de la 12^e année ;
- garantir l'accès direct et le rôle infirmier de premier recours ;
- inscrire la prévention, la promotion de la santé et la coordination éducative parmi les missions reconnues.

Développement

Un des problèmes majeurs posés par ce projet d'arrêté tel qu'il nous a été transmis par le ministère de la Santé tient au fait que cet arrêté ne répond absolument pas à l'ambition de la loi. L'intention du législateur était claire : nous devons disposer d'un arrêté listant les actes infirmiers **par grands domaines d'activité**, conformément à l'architecture prévue dans l'article L.4311-1 du Code de la santé publique et rappelée dans les débats parlementaires.

Or, ce n'est pas du tout le cas. Ce que nous avons reçu n'est pas un arrêté structurant, mais un document qui ne permet **ni la mise en œuvre de la loi**, ni l'adaptation des pratiques professionnelles aux différents champs d'exercice, et notamment **pas à l'exercice infirmier en milieu scolaire**.

À ce stade, nous n'avons aucune visibilité sur les autres arrêtés à venir, mais celui-ci — qui est censé définir les actes professionnels du diplôme d'État infirmier, donc la base juridique de

l'exercice de toutes les infirmières — ne permettrait **pas** l'exercice tel qu'il se déroule aujourd'hui à l'Éducation nationale.

Pire encore, il constitue une régression par rapport à la définition actuelle du métier telle qu'elle figure dans l'article R.4311-2 du Code de la santé publique. Ce texte fondateur, toujours en vigueur, définit le soin infirmier comme un soin global, intégrant les dimensions relationnelles, psychologiques, éducatives, sociales, culturelles et de prévention. Le projet d'arrêté s'en éloigne fortement pour adopter une vision strictement **réductrice** et **hospitalo-technique** de la profession. En cela, ce texte est délétère pour l'ensemble de la profession infirmière. Mais il l'est encore davantage pour les infirmières de l'Éducation nationale, dans la mesure où :

- il signe la **disparition ou l'affaiblissement réglementaire de la prévention**, notamment la prévention primaire telle qu'elle est actuellement pratiquée en milieu scolaire ;
- il efface la dimension éducative du rôle infirmier ;
- il met en péril les **18 millions de consultations** réalisées chaque année par les infirmières scolaires ;
- il affaiblit très clairement la spécialisation infirmière de santé scolaire ;
- il fait perdre toute lisibilité à nos missions de santé publique en milieu scolaire ;
- il constitue une régression historique pour la capacité de l'infirmière à répondre aux besoins de santé des élèves, des jeunes et des étudiants dans leur cadre de vie.

Un autre problème particulièrement grave concerne l'application même des obligations réglementaires existantes. En l'état du texte, la **visite de la douzième année**, c'est-à-dire la visite infirmière de dépistage des adolescents, **sort du périmètre juridique du rôle propre infirmier**.

C'est un recul majeur. Nous rappelons que nous avons été attaqués à ce sujet par l'Ordre infirmier et que le Conseil d'État avait reconnu la compétence des infirmières scolaires pour réaliser cette visite. Le projet d'arrêté, lui, ne le permettrait pas.

C'est donc une remise en cause frontale d'un acte infirmier validé par la jurisprudence.

Un des grands absents du texte est également l'intervention infirmière dans le champ des **soins relationnels**.

Or les soins relationnels — l'entretien clinique, le soutien psychologique de première intention, la relation de soin — constituent le cœur du métier en milieu scolaire où :

- les besoins psychiques sont immenses,
- les élèves ont besoin d'un accès direct à un professionnel de santé,
- les infirmières jouent un rôle central dans le repérage, l'accompagnement et l'évaluation des vulnérabilités.

Le texte ignore complètement cette dimension, qui est pourtant explicitement mentionnée dans R.4311-2 et reprise dans le décret compétences.

De même, la **promotion de la santé** et la **prévention** sont totalement absentes.

C'est d'autant plus problématique que ces missions constituent l'essentiel de nos activités : accompagnement des élèves, travail éducatif, prévention des risques, dépistages précoces, actions de santé publique au sein du cadre éducatif.

Enfin, il y a un **problème majeur sur l'orientation**, pourtant centrale dans notre exercice.

Suite au bilan infirmier que nous réalisons de la maternelle à l'université, les consultations que nous menons avec les élèves et leurs familles, ainsi que l'analyse de leurs besoins, nous permettent d'orienter l'élève soit **au sein de l'école** (médecin scolaire, psyEN, ASEN, équipes éducatives), soit **vers des structures extérieures** (médecin traitant, CMP, pédiatre, spécialistes, services sociaux, dispositifs médico-psycho-éducatifs).

Le projet d'arrêté ne reconnaît pas cette dimension.

Or, sans cette reconnaissance, une grande partie de notre exercice devient **juridiquement invisible**, alors qu'elle est au cœur du rôle propre.

Le SNICS ne demande rien d'autre que de pouvoir participer pleinement, légitimement et de manière continue aux travaux conduits par le ministère de la Santé et par le ministère de l'Éducation nationale, afin d'aboutir à une spécialité infirmière solide, cohérente, appliquée, et à des textes réglementaires qui **renforcent** — et non **affaiblissent** — notre capacité à répondre aux besoins de santé de la population, et plus particulièrement des enfants, des adolescents et des jeunes adultes. Nous demandons donc explicitement que les textes à venir **ne produisent aucune régression** par rapport à l'article R.4311-2 du Code de la santé publique. Cet article, je le rappelle, est un texte **fondamental, protecteur**, et qui correspond exactement à l'exercice réel de la profession infirmière encore aujourd'hui, y compris en milieu scolaire. Il définit le soin infirmier comme un soin global, intégrant les dimensions technique, relationnelle, psychologique, sociale, éducative et de promotion de la santé. S'en écarter reviendrait à réduire la profession à une fonction strictement technique, ce qui serait contraire tant au droit qu'à la réalité sanitaire du pays.

Pour mieux comprendre, en pièce jointe vous trouverez un comparatif de cet arrêté avec la visite de dépistage de la 12^e année qui, **d'après ce texte**, n'entrerait plus dans le périmètre juridique du rôle propre infirmier et ne serait plus réalisable, en tout cas **par une infirmière diplômée d'État telle que les infirmières l'étaient jusqu'à aujourd'hui**.

Cela nous conduit à deux lectures possibles, toutes deux problématiques :

Première lecture :

soit on considère que ce bilan de santé, qui était jusqu'à maintenant réalisé par une infirmière diplômée d'État de niveau licence — et validé comme tel par la jurisprudence du Conseil d'État — **ne serait plus réalisable aujourd'hui qu'avec un diplôme de niveau master**.

C'est une hypothèse extrêmement étonnante, pour ne pas dire incohérente d'un point de vue réglementaire comme d'un point de vue de santé publique.

Deuxième lecture :

soit on considère que, derrière cet arrêté, ce bilan **ne pourrait être réalisé que sous coordination médicale**, comme nous avons pu le lire très récemment dans un rapport du CESE.

Dans ce rapport, le CESE critique explicitement le fait qu'un bilan de santé réalisé à 84 ou 87 % d'une classe d'âge par des infirmières — et non par des médecins — serait un facteur limitant du suivi et de l'amélioration de la santé des jeunes, en raison d'une prétendue « absence de coordination médicale ».

Autrement dit : la réalisation massive des bilans par les infirmières scolaires serait présentée comme un problème.

C'est une lecture totalement erronée de la réalité sanitaire.

Vous comprendrez que nous sommes totalement en désaccord avec cette position, qui ne reflète en rien :

- la pratique réelle des infirmières de l'Éducation nationale,
- la qualité du travail effectué en matière de dépistage,
- le recours constant, lorsque nécessaire, aux médecins scolaires, aux médecins traitants ou aux autres professionnels de santé,
- et plus globalement le fonctionnement interprofessionnel réel sur le terrain.

Cette position reflète avant tout **une vision médico-centrée et hiérarchisée du soin**, qui est aujourd'hui dépassée et qui ne correspond ni aux besoins de santé des jeunes, ni à l'organisation sanitaire actuelle.

Elle reflète également la vision de certains protagonistes ou acteurs actuels au sein du ministère de la Santé, mais aussi — et c'est particulièrement préoccupant — au sein du ministère de l'Éducation nationale, comme en témoigne l'orientation principale de la réforme de la santé scolaire de ces derniers mois, pour ne pas dire de ces dernières années.

Nous faisons donc face à :

- une vision médicale descendante qui ne correspond pas à la santé publique contemporaine ;
- une méconnaissance de l'exercice réel des infirmières scolaires ;
- une incompréhension profonde des besoins des enfants et adolescents ;
- et une tendance persistante à marginaliser les approches éducatives, préventives et relationnelles pourtant indispensables.

Cet arrêté devrait reprendre **mot à mot** l'article R.4311-2 de l'actuel Code de la santé publique, qui définit de manière complète, fondatrice et protectrice l'essence même du métier infirmier. C'est ce texte, et lui seul, qui constitue aujourd'hui la base juridique permettant l'exercice réel de la profession, parce qu'il intègre la dimension globale, éducative, relationnelle, sociale, environnementale et de promotion de la santé.

À partir de cette base, l'arrêté devrait ensuite introduire, comme le prévoit explicitement la loi, une **structuration par champs d'activité**.

Il aurait donc dû :

- créer un **chapitre spécifique sur la promotion de la santé, la prévention et l'éducation à la santé**,
- y intégrer la **prévention primaire**,
- y intégrer la **promotion de la santé** au sens de la santé publique,
- prévoir les **actions collectives**, y compris celles menées en milieu scolaire et universitaire,
- et reprendre les dispositions prévues à l'article L.1211-4 du Code de la santé publique et du Code de l'éducation, qui mentionnent explicitement ce domaine et qui démontrent, sans aucune ambiguïté, la place de la prévention et de la promotion de la santé dans les missions de l'Éducation nationale.

Ce chapitre est totalement absent du texte transmis.

Il devrait également comporter un article **dédié aux soins relationnels et infirmiers**, conformément à la demande exprimée par les parlementaires dans le débat de la loi et conformément à l'intention du législateur dans l'article de loi et son motif.

Cet article doit reconnaître de manière formelle :

- le **soutien psychique apporté par les infirmiers**,
 - la dimension relationnelle du soin,
 - et les missions exercées réellement par les infirmières en établissements scolaires, de la maternelle à l'université,
 - c'est-à-dire aussi auprès des jeunes adultes, qui ont aujourd'hui des besoins extrêmement importants en termes d'écoute, d'accompagnement, de prévention, de repérage et de suivi infirmier.
- De même, l'arrêté devrait intégrer la **santé environnementale**, ce qui n'est absolument pas le cas. Or, les recommandations du **Haut Conseil de la santé publique**, de la **HAS**, de **Santé publique France** vont toutes dans ce sens :
- il faut intégrer la santé environnementale dans la pratique infirmière, en l'inscrivant dans une

approche de type **One Health**, qui relie l'environnement, la santé humaine et la santé des écosystèmes.

Le texte en fait totalement l'impasse, alors qu'il s'agit aujourd'hui d'un déterminant majeur, notamment pour les enfants et les adolescents en milieu scolaire (qualité de l'air intérieur, allergènes, perturbateurs endocriniens, hygiène des locaux, qualité de l'environnement scolaire, etc.).

Il existe également un **problème majeur de clarification** concernant la **coordination** et l'**orientation**, qui sont pourtant des missions centrales du rôle propre infirmier tel qu'il est exercé par les infirmières de l'Éducation nationale.

On rappelle que les infirmières de l'Éducation nationale assurent une **consultation de premier recours**, à la demande de l'élève lui-même ou de sa famille, pour un enfant mineur, dans un domaine souvent complexe.

Cette consultation infirmière leur permet :

- d'évaluer l'état de santé global du jeune,
- d'identifier ses besoins,
- de mettre en place, le cas échéant, un **suivi infirmier**,
- d'orienter vers le bon professionnel ou la structure adaptée (dans l'école ou en dehors),
- mais aussi d'intervenir dans le champ **éducatif**,
- c'est-à-dire d'agir en dehors du champ strictement pathologique,
- dans une perspective d'émancipation de l'élève et d'égalité d'accès à la réussite scolaire.

Nous sommes donc dans une dimension pleinement globale, éducative, relationnelle, psychosociale, centrée sur la personne et sur son **cadre de vie**, et tournée vers la **promotion de la santé**.

L'objectif est clair : permettre à l'élève d'accéder à la réussite scolaire en travaillant sur les déterminants de santé et en assurant les priorités d'actions et d'interventions.

Au vu de l'actualité, il est évidemment indispensable d'intégrer explicitement la **prévention de la détresse psychique**, son repérage et, le cas échéant, l'orientation adaptée.

C'est un enjeu majeur, puisqu'il s'agit aujourd'hui d'une réalité quotidienne dans les établissements scolaires.

[1] Cf Note proposition d'amendements et du SNICS et du CNPI en pj