



Santé à l'université : DES LACUNES CERTAINES, DES AMÉLIORATIONS URGENTES

La pandémie de Covid a mis en évidence la fragilité de notre système de santé pour gérer une situation de crise. Si associations et organisations syndicales avaient alerté depuis longtemps sur les hôpitaux et le système de soins de proximité, les questions sanitaires dans l'enseignement supérieur n'avaient que rarement été traitées. Elles sont devenues déterminantes, tant pour les personnels que pour les étudiants, qui ont profondément modifié leurs façons de travailler, avec les confinements successifs, le travail à distance, l'isolement et la précarité.

Ce dossier présente :

- une première description montrant l'insuffisance de la médecine préventive des personnels à partir de rapports officiels ;
- une analyse de plans de sécurité sanitaire à mettre en œuvre dans les universités ;
- un retour sur le travail tel que nous le vivons, entre mal-être et volonté de faire malgré tout ;
- une présentation du rôle des infirmiers et infirmières tant pour les personnels que pour les étudiant·es.
- un regard sur la santé des étudiant·es, l'insuffisance et l'inégalité de l'offre de santé qui leur est réservée et les effets de la crise sanitaire ;

Ces articles illustrent les lacunes flagrantes et la réflexion insuffisante.

Il est nécessaire de s'emparer des problèmes au niveau local (sections syndicales, CHSCT, conseils) pour que la médecine préventive et les services de santé universitaire puissent jouer leur rôle en lien avec leurs partenaires territoriaux, que les recrutements indispensables soient effectués, que la recherche et la formation en médecine du travail se développent. Mais l'État doit aussi donner les impulsions et les moyens nécessaires. ■

Dossier coordonné par **ANNE ROGER,**
MICHELLE LAUTON et **JACQUES HAIECH**

Des inégalités catégorielles et une médecine de prévention défaillante

Le bilan social du MESRI 2018-2019¹ comporte une partie santé assez réduite, basée sur une enquête (non trouvée) à laquelle ont répondu 87 % des établissements, représentant 94 % des effectifs titulaires. Des éléments complémentaires se trouvent dans le rapport annuel remis au CHSCT ministériel².

Par **MICHELLE LAUTON**,
membre de la commission administrative

L'exposé figurant dans le bilan social ne concerne que la santé des titulaires, ce qui introduit un biais significatif. Plusieurs chiffres nous semblent éclairants. Ainsi 8,4 % des enseignants et 36,6 % des Biatss ont pris un congé de maladie, avec dans les deux cas un pourcentage de femmes nettement plus important. La différence entre les catégories de personnel (pas d'obligation d'arrêt de travail pour un-e enseignant-e qui reporte ses cours) et les causes (congés de maladie pour grossesse pathologique, difficultés rencontrées dans le travail...) interroge, mais le rapport ne fait aucune hypothèse explicative. La situation est de même nature pour les congés de longue maladie. Par ailleurs, les Biatss sont plus nombreux (2,6 % contre 0,2 %) à avoir eu un congé pour accident du travail ou maladie professionnelle, ce qui peut être lié au type de poste occupé (exposition à des produits dangereux, aux charges lourdes ou à des troubles musculo-squelettiques). Aucun élément n'est donné sur l'âge des personnes concernées.

UN MÉDECIN DE PRÉVENTION DANS 83 % DES ÉTABLISSEMENTS

La partie consacrée à la médecine de prévention (voir encadré ci-dessous) renvoie au rapport

soumis au CHSCT ministériel en 2019. Ce dernier assure qu'un service de médecine de prévention est assuré pour l'ensemble des agents. Mais en fait, 97 établissements (83 %) déclarent disposer d'un médecin de prévention : 47,8 ETP de médecins de prévention internes à l'établissement, 47,7 ETP de médecins de prévention extérieurs à l'établissement (service interentreprise ou autre administration), les collaborateurs médecins représentent 18 ETP³ et 20 établissements n'auraient pas de médecin de prévention. On est loin d'un médecin sur place de manière régulière ! Qui plus est, seuls 73 % sont titulaires d'un diplôme de médecine du travail. Les équipes pluridisciplinaires de médecine de prévention ne sont présentes que dans 53 % des établissements.

RAPPORT D'ACTIVITÉ SOUMIS AU CHSCT DANS 68 % DES CAS

Le rapport d'activité du médecin de prévention a été soumis au CHSCT dans 68 % des cas (rédigé dans 71 % des cas). Quant aux visites médicales, seules 21 % des visites médicales qui devraient avoir lieu annuellement ou après une reprise de travail ont été effectuées, 47 % des visites médicales obligatoires tous les cinq ans ont eu lieu, mais 84 % des personnes demandeuses d'une visite ont pu en avoir une. Le rapport ne distingue ni selon les catégories ni selon le genre.

**On est loin
d'un médecin
sur place
de manière
régulière !**

LA MÉDECINE DE PRÉVENTION

Le suivi médical des agents est obligatoire. La médecine de prévention doit l'assurer. Un service pluridisciplinaire comporte un ou plusieurs médecins de prévention, spécialisés en médecine du travail, à temps complet ou partiel, ainsi que d'autres personnels – secrétaire médicale, infirmier-ère(s), psychologue(s) ou ergothérapeute(s), selon les cas.

Les trois missions du médecin de prévention

1. Conseil auprès de l'administration, des agents et de leurs représentants pour l'amélioration des conditions de travail dans l'établissement, la protection des agents contre l'ensemble des nuisances et contre les risques d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.
2. Surveillance médicale au moins annuelle des personnels pour lesquels une surveillance médicale particulière est requise, surveillance quinquennale pour les autres personnels.
3. Actions sur le milieu professionnel en y consacrant au moins le tiers de son temps.

1. www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid156207/www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid156207/bilan-social-2018-2019-enseignement-superieur-et-recherche.html.

2. [cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/rapports_et_doc/90/3/rapport_annuel_MESRI_2019_\(2\)_1370903.pdf](http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/rapports_et_doc/90/3/rapport_annuel_MESRI_2019_(2)_1370903.pdf).

3. Dans huit établissements, et quatre ont été recrutés en 2018.

4. www.igas.gouv.fr/spip.php?article422.

UN SUIVI PSYCHOLOGIQUE DES ÉTUDIANT·ES LARGEMENT SATURÉ

Les derniers chiffres du réseau des services de santé universitaire (SSU) de l'Association des directeurs des services de santé universitaire (ADSSU) révèlent une pénurie alarmante : en France, on compte un psychologue ETP pour près de 30 000 étudiant·es contre 1 ETP pour 3 500 étudiant·es dans des pays comparables à la France, soit dix fois moins ! D'après Laurent Gerbaud*, président de l'ADSSU, si d'autres structures sont sollicitées, comme les bureaux d'aide psychologique universitaire (BAPU) ou les lignes d'écoute de type Nightline, cela ne permet pas de répondre aux demandes et un délai de deux mois peut exister entre une demande d'accompagnement et le début de sa prise en charge. « Nous sommes dans un contexte de réelle défaillance de l'offre psychologique, où les structures qui proposent des consultations sont de toute façon très saturées en France : les CMP ont des délais d'attente de l'ordre de trois mois, rappelle-t-il. Lorsque nous avons des demandes d'étudiants, nous les faisons voir par un médecin pour évaluer le risque suicidaire, et la nécessité d'une hospitalisation. Même quinze jours de délai, cela paraît beaucoup dans ce type de situation. » (Dépêche AEF du 11 novembre 2020.)

En cause, cinquante ans de non-investissement, un manque de locaux et une pénurie de candidat·es au recrutement de psychologues liée à la fois aux bases faibles de rémunération (alignées sur celles des psychologues de santé scolaire) et à l'absence de statut spécifique. Le premier confinement, conjugué à l'explosion des effectifs dans le supérieur, a fait quasiment tripler la demande de prise en charge (enquête du réseau des SSU) et l'augmentation des consultations de psychologues universitaires se situe aujourd'hui entre 25 et 30 %. Il y a donc urgence à renforcer les dotations des SSU !

* Laurent Gerbaud est médecin, directeur du pôle santé-handicap de l'université Clermont-Auvergne, professeur de santé publique au CHU de Clermont-Ferrand et président de l'ADSSU.

L'existence d'un corps de médecins de médecine de prévention se pose dans les fonctions publiques.

« PAS DE LIGNE DIRECTRICE »

En 2014, un rapport d'inspections générales (IGAS, IGA, IGAENR)⁴ avait été remis sur les trois fonctions publiques. Il considérait que « le bilan fait apparaître un déficit patent de connaissance de l'existant, quelle que soit la fonction publique. Les modalités d'organisation de la médecine de prévention se sont construites au fil du temps, sans ligne directrice [...]. Les missions ont été définies en termes très généraux en dehors de toute analyse des moyens disponibles et des besoins des agents en matière de santé au travail [...]. Dans ces conditions, toute volonté de régler la problématique du vivier des médecins de prévention passe par une réflexion en amont sur la refonte des organisations et des missions qui prenne en compte la question plus générale de la démographie médicale ».

La pénurie de médecins de prévention est liée à des causes multiples : déficit général du nombre de médecins formés, peu de médecins en médecine du travail (8,5 % de l'ensemble des médecins en 2015), médecins recrutés par voie contractuelle ou prestataires extérieurs, etc. L'existence d'un corps de médecins de médecine de prévention se pose dans les fonctions publiques.

Quand les universités, qui forment les médecins du travail, recrutent des PU-PH de cette spécialité et développent des recherches parfois liées à des risques (biologiques, chimiques, etc.), s'investiront-elles davantage sur ces questions de santé au travail ? ■



Peu de médecins sont formés en médecine du travail – 8,5 % de l'ensemble des médecins en 2015.

Budget universitaire et sécurité sanitaire en temps de pandémie

Aucune stratégie n'a été mise en place pour bâtir un plan de sécurisation sanitaire de l'université. Pourtant, en se préparant dès juin, les établissements auraient pu instaurer, avec des budgets raisonnables, des procédures de sécurisation sanitaire afin que les étudiants et les personnels puissent étudier et travailler dans des conditions moins dégradées.

Par **JACQUES HAIECH**,
membre de la commission administrative

Malgré une absence totale de stratégie de la part des équipes de gouvernance des universités, les chercheurs et enseignants-chercheurs réalisèrent la prouesse d'une continuité pédagogique et de recherche.

La pandémie a été l'occasion de réaliser un « stress test » pour évaluer la capacité des universités à poursuivre en temps de crise leurs deux missions d'enseignement et de recherche.

Malgré une absence totale de stratégie sanitaire et d'accompagnement de la part des équipes de gouvernance des universités, les chercheurs et enseignants-chercheurs réalisèrent la prouesse d'une continuité pédagogique et de recherche mais, comme le souligne Christine Eisenbeis dans ce même numéro (*lire p. 14*), dans un mode de fonctionnement dégradé et de fait dégradant.

Malgré des éléments de langage semblant indiquer une volonté de revenir au présentiel afin de minimiser les risques sur la santé psychologique des étudiants, l'ensemble des contraintes et l'absence de stratégie pour bâtir un plan de sécurisation sanitaire de l'université sont allés à contre-courant des effets d'annonce et de la communication du ministère.

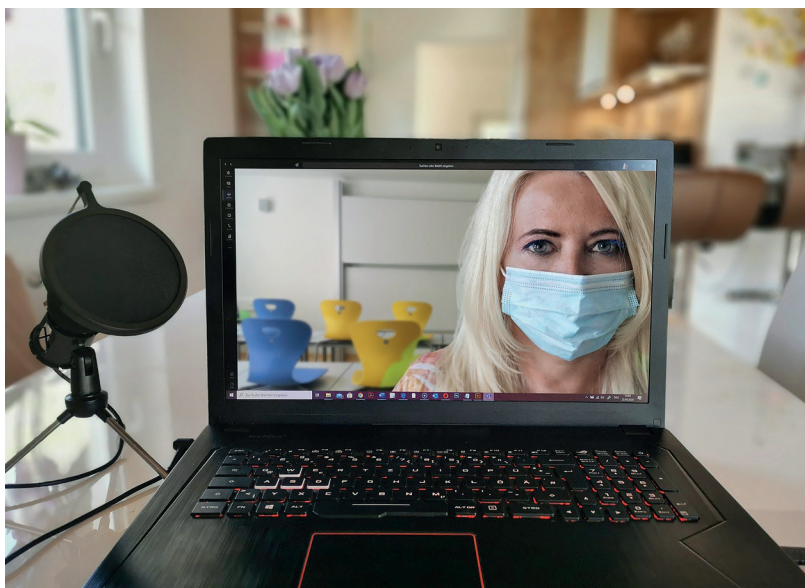
Cette politique où le distanciel et le numérique sont devenus le passage obligé d'une

pédagogie en temps de crise a transféré des dépenses courantes de l'université (chauffage, électricité, téléphone, missions, restauration...) vers les personnels, qui ont dû aménager leurs logements pour télétravailler (augmentation des dépenses de chauffage, électricité, Internet, restauration, chaise ergonomique entre autres frais professionnels). Ainsi, dans une dépêche récente de l'AEF, José Morales, de l'AACUE (Association des agents comptables d'université), évoque une « augmentation significative des résultats des universités entre 2019 et 2020 ». Si cette augmentation est effectivement avérée, on peut se demander pourquoi elle n'a pas été utilisée pour mettre en place un plan de sécurisation sanitaire et une amélioration de la qualité de travail des personnels travaillant à domicile. De notre point de vue, il était possible de faire mieux et de mettre en place un véritable plan de sécurisation sanitaire avec des budgets en cohérence avec les capacités financières des universités et du ministère.

ACTION SUR LA CIRCULATION DU VIRUS

Dès le premier confinement, le consensus existait sur la nécessité de diminuer la circulation du virus. Cette circulation impliquait trois voies de contamination.

1. La contamination des mains en manipulant des objets infectés par des grosses gouttelettes contenant des virus (la voie des fomites). *La contre-mesure est le lavage des mains et le nettoyage des salles.*
2. La contamination par de grosses gouttelettes émises en général quand on tousse ou éternue et même lorsqu'on parle fort. Ces gouttelettes de grosse taille se déposent rapidement sur le sol et les objets. Elles voyagent sur moins de 1 à 2 mètres et sont facilement arrêtées par les masques. *La contre-mesure est la distanciation et le port de masques.*
3. La contamination par des aérosols, de fines gouttelettes qui restent en suspension dans l'air et peuvent se concentrer dans des pièces fermées et mal ventilées. Cette brume de gouttelettes n'est pas bien arrêtée par les masques chirurgicaux, peu étanches en particulier sur les côtés en comparaison des



© Pixabay

Cette politique qui a fait le choix de privilégier le distanciel a transféré des dépenses courantes de l'université vers les personnels, qui ont dû aménager leurs logements pour télétravailler.

UN MANQUE DE MOYENS, DE COORDINATION ET DE FORMATION QUI NUIT À L'EFFICACITÉ DE L'ACTION SANITAIRE

Durant la période, un certain nombre d'actions se sont mises en place telles que des lignes d'écoute ou de soutien psychologique comme Nightline ou Astrée, des téléconsultations médicales, des chèques psy, des vidéos ou podcasts de relaxation, d'activités artistiques, l'action des étudiants relais santé, etc.

Cependant, la multiplication de ces actions de manière non coordonnée et le fait qu'elles soient gérées par des acteurs multiples aboutissent in fine à une mise en concurrence entre stratégies (comme par exemple sur les lignes d'écoute ou les téléconsultations). Une confusion apparaît qui rend illisible le dispositif dans son ensemble et favorise la fragmentation des prises en charge, sans coordination des soins, annihilant toute notion de parcours de soins en santé mentale.

Par ailleurs, les services de santé universitaire (SSU) sont le plus souvent inconnus des agences régionales de santé – aucun lien, y compris en termes de politique de santé mentale, et aucun financement. Et lorsque des financements existent, ils relèvent d'appels d'offres victimes d'effets de mode avec des thèmes changeant d'une année sur l'autre. La pratique de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens reste malheureusement l'exception.

masques de type FFP2 ou N95. *La contre-mesure consiste à ventiler les pièces pour avoir un renouvellement optimal de l'air afin de diluer la brume de gouttelettes.* En effet, la concentration des gouttelettes virales dans une pièce est proportionnelle à la probabilité de contamination des individus dans cette pièce. La qualité d'aération d'une pièce quand elle est occupée est facilement objectivable en mesurant dans le temps la quantité de CO₂ (gaz carbonique) de la pièce. *La contre-mesure est dans ce cas la généralisation du port de masques FFP2 dans les endroits clos et surtout l'amélioration du renouvellement d'air en utilisant des détecteurs CO₂ (200 euros le détecteur) et en améliorant les dispositifs de ventilation. C'est aussi l'installation de stérilisateurs de masques FFP2 ou autres masques en utilisant par exemple des UV pour éviter de les jeter à chaque utilisation.*

Même si, en juin 2020, il existait une controverse sur la ou les voies majoritaires de contamination, très rapidement a émergé l'importance des aérosols dans la pandémie. Il était possible avant la rentrée de septembre 2020 pour les universités de faire un travail sur l'optimisation de l'aération, en particulier des salles de TD et de TP ainsi que des salles de restauration ou de convivialité dans lesquelles étudiants et personnels ont tendance à enlever leurs masques. Pour une université de 50 000 étudiants, un investissement de l'ordre de 1 million d'euros aurait permis de mettre en place les contre-mesures décrites.

ACTION SUR UNE POLITIQUE PRÉVENTIVE DE LA CONTAMINATION

Dès juin, il était avéré qu'il fallait détecter les porteurs de virus pour tracer leurs contacts et les isoler. En septembre, le manque de tests rapides et la lourdeur technique et réglemen-

taire des tests nasopharyngés utilisant la technique PCR ont incité les universités à ne pas s'investir dans cette politique. Pourtant, il existait une alternative développée par le réseau Obépine, à savoir tester la contamination des eaux usées par campus, et mieux encore par bâtiment. Cette technique nécessitait un investissement faible et la mobilisation d'un ou quelques laboratoires de biologie de l'université. Ce suivi permettrait alors de focaliser d'éventuelles campagnes de tests sur un bâtiment dont on détectait un départ de contamination. Aujourd'hui, la possibilité d'avoir des tests salivaires rapides donne des résultats rapidement et plus précis que les tests des eaux usées. Il faudrait tester personnels et étudiants deux fois par semaine, ce qui nécessite une dépense de l'ordre de 500 000 euros/semaine pour une université de 50 000 étudiants. Une stratégie utilisant le suivi des eaux usées et des campagnes ciblées de tests permettrait de diviser au moins par 20 ce budget, soit 500 000 euros pour l'année.

Enfin, pour une action d'accompagnement des personnels pour avoir un environnement de qualité pour le télétravail, je renvoie à l'article de Christine Eisenbeis. Je n'aborderai pas les campagnes de vaccination, qui nécessitent une synergie avec les agences régionales de santé et les politiques nationales de stratégie vaccinale.

En conclusion, en se préparant dès juin, les universités auraient pu mettre en place avec des budgets raisonnables des procédures de sécurisation sanitaire permettant aux étudiants et aux personnels de travailler dans des conditions autrement moins dégradées que celles qui nous ont été imposées. Nous en avons apporté la preuve. Serons-nous entendu-es pour la rentrée prochaine ? ■

Il était possible avant la rentrée de septembre 2020 pour les universités de faire un travail sur l'optimisation de l'aération.

Derrière la marche du monde, notre travail. Derrière le travail, nos corps et notre activité

Notre temps de travail n'était pas extensible. Il est en effet limité à ce que notre corps est capable de supporter, en tension, en attention ou en fatigue. Et les conditions de travail jouent un rôle important dans l'équilibre physique et psychologique. En ce sens, en portant la parole des personnels, le rôle des CHSCT est stratégique.

C'est le décalage entre les exigences et nos propres normes de qualité du travail qui met notre santé en jeu.

1. Marie-Anne Dujarier, *Le Management désincarné*, La Découverte, 2015.

2. Yves Schwartz, *Travail, ergologie et politique*, textes introduits et présentés par Christine Castejon et Jacques Rollin, La Dispute, 2021 (voir encadré).

3. Philippe Davezies, « Évolution des organisations du travail et atteintes à la santé », *Travailler*, n° 3, 1999, p. 87-114.

4. Georges Canguilhem, *Écrits sur la médecine*, Seuil, « Champ freudien », 2002.

Par **CHRISTINE EISENBEIS**,

Inria, membre de CHSCT, Institut de recherches de la FSU, chantier « Travail et syndicalisme »

Lors d'une réunion nationale syndicale, j'ai, je crois, créé un froid, voire un effroi, en exprimant simplement le fait que notre temps de travail n'était pas extensible : en dernière limite, il y a ce que notre corps est capable de supporter, en tension, en attention, en fatigue, etc. À chaque instant de notre travail, nous sommes en activité, notre corps s'active – même si, en ces temps de travail ininterrompu devant ordinateur, il s'active dans une staticité dangereuse. Pourquoi parler de ce corps en activité nous met-il dans l'inconfort ?

C'est notre activité qui fait fonctionner le monde, et nos milieux de travail. Qu'en voient pourtant nos employeurs, les organisateurs de notre travail, les managers, les « planneurs », comme les nomme Marie-Anne Dujarier¹ ? Pour ces fonctions, le risque est de ne voir notre activité qu'au travers d'organigrammes, de chiffres, de travail « imaginé ».

PORTEURS D'ALTERNATIVES

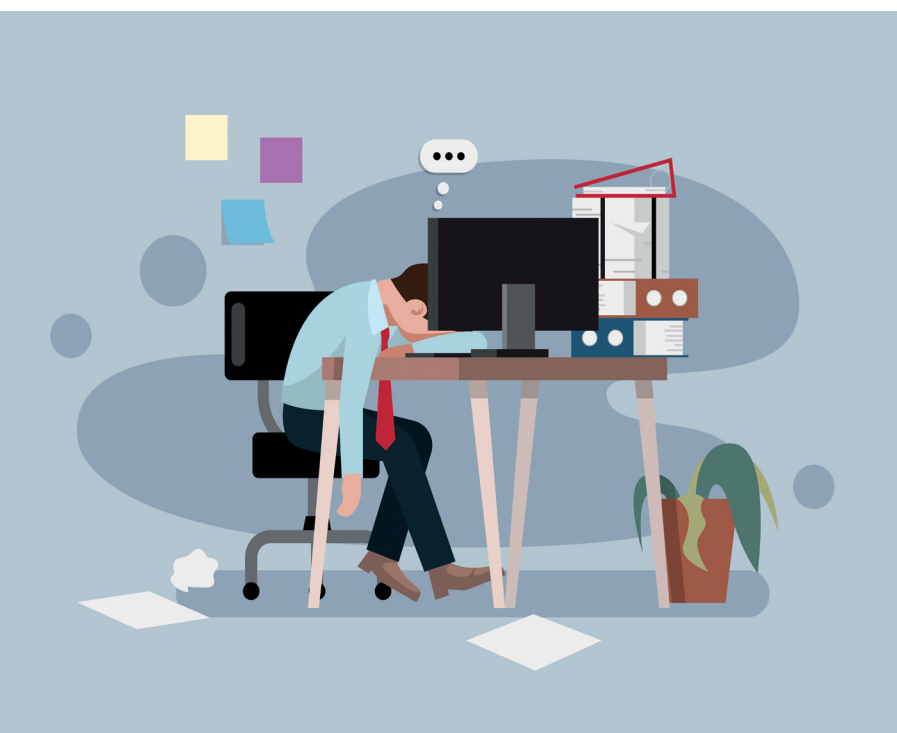
La démarche ergologique² nous apprend qu'il est impossible et invivable de travailler en satisfaisant ces « normes antécédentes » (lois physiques et biologiques, juridiction, réglementation, procédures, etc.). Toute activité « renormalise » : à tout moment, nous avons des choix à faire, nous prenons des décisions et des initiatives « non prévues » – en fait, nous « désobéissons » en permanence ! En ce sens, nous sommes porteurs d'alternatives.

En revanche, nous « tenons » à bien travailler, selon un système de valeurs qui nous est propre, individuellement et collectivement, et c'est le décalage entre les exigences et nos propres normes de qualité du travail qui met notre santé en jeu³. « *Je me porte bien dans la mesure où je me sens capable de porter la responsabilité de mes actes, de porter des choses à l'existence et de créer entre les choses des rapports qui ne leur viendraient pas sans moi* », écrit le médecin philosophe Canguilhem⁴. Aussi, pendant le premier confinement, comment avons-nous pu accepter de travailler « en mode dégradé ».

DÉMARCHE ERGOLOGIQUE

« Partir de l'activité pour construire l'action suppose un changement de paradigme, de posture, que certains syndicalistes ont entrepris : non, les collègues ne sont pas forcément des "victimes" qu'il faudrait "mobiliser", ce sont des êtres d'activité qui arbitrent, décident, élaborent des stratégies, à chaque seconde de leur vie. Sans la notion d'activité qui anime le travail, celui-ci est encore trop facilement réductible à de fausses évidences ou à des jugements très englobants, tels que le diagnostic de "souffrance au travail". »

Yves Baunay, Christine Castejon, Christine Eisenbeis, Jean-Marie Francescon, « Ergologie, penser le travail avec celles et ceux qui le font », « Prendre soin du travail », TAF, *Travailler au futur*, 2020, p. 24-29.



© Vecteezy

surtout lorsque nous avons, en plus de réorganiser le travail ordinaire à domicile, à nous occuper de la scolarité de nos enfants. « *Nous dire de travailler en mode dégradé est... dégradant !* » avons-nous exprimé en CHSCT, et ce n'était pas qu'un jeu de mots. Au contraire, nous avons déployé des trésors de créativité, pris soin des étudiant-es, des doctorant-es, des collègues, inventé de nouveaux dispositifs de rencontre, de discussion. Où cela a-t-il été mis en visibilité ?

UN MUR DE MOTS

Nous sommes porteurs d'alternatives ! Pourquoi travailler souvent dans l'urgence alors que nos métiers dans la recherche requièrent une longue temporalité, gage de qualité ? Pourquoi, alors que nous militons contre la précarité et que le système par appel à projets précarise non seulement les postes mais aussi notre travail, pourquoi nous y soumettons-nous ? La réponse est loin d'être simple : « *pour trouver un financement à ce collègue dont le CDD vient à échéance* », « *pour acheter du matériel et des machines qui vont profiter à tout le labo, car mon sujet de recherche a le vent en poupe, même si dans mon équipe, nous n'avons pas besoin de ce financement pour travailler* ». Telles sont les réponses entendues quand nous prenons le temps de débattre et de nous écouter à propos de notre activité.

Porter ces paroles en CHSCT est stratégique, nos directions l'ont bien compris. C'est pour cela que le travail en CHSCT est particulièrement difficile : il est le front actuel où les directions font face aux effets de leurs réformes sur les personnes, leur santé, leur corps, leur activité. Les discussions y sont parfois violentes,

les pleurs pas si rares. Les représentant-es du personnel membres de CHSCT vont aussi voir les médecins du travail. Nous nous cognons à un mur de mots : prévention des risques professionnels versus accompagnement ou coaching, conditions et temps de travail corrects pour réaliser un travail de qualité versus risques psychosociaux (RPS), qualité de vie au travail (QVT), écoute et débats autour de l'activité versus baromètre social, etc.

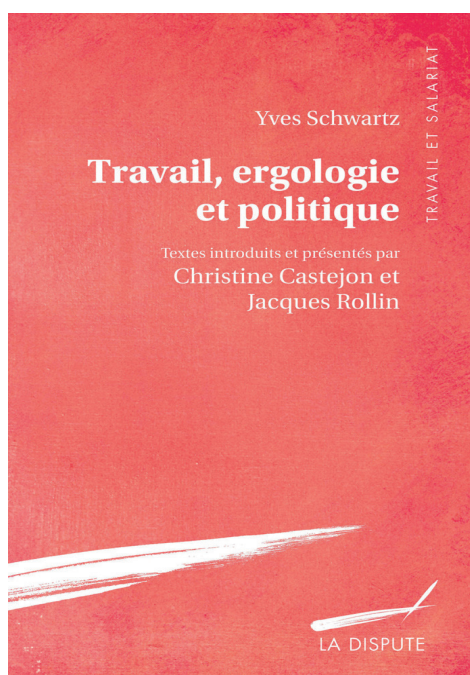
PORTER LE RÉEL DU TRAVAIL

Porter le réel du travail, mis en visibilité dans les visites, les enquêtes, les expertises, donne un pouvoir inimaginable pour qui n'en fait pas l'expérience. Pourquoi, alors, avons-nous du mal à installer ces questions à l'intérieur de nos syndicats ? Le travail en CHSCT n'est pas au centre de nos débats nationaux, il n'y a pas bonne presse, et est plus souvent discuté localement. C'est un travail qui a la réputation d'être technique.

Finalement, ne portons-nous pas, dans nos syndicats, le même regard qu'un employeur : que connaissons-nous de l'activité, celle qui engage les corps, les savoirs et savoirs d'expérience, les valeurs, dont les valeurs d'attention aux autres et aux collectifs de travail ?

Partir de l'activité pour construire les actions⁵ est au cœur de la démarche ergologique, cela demande un changement de posture. Non, les agent-es ne sont pas des victimes consentantes, ce sont des êtres d'activité, porteurs d'alternatives qu'il s'agit de mettre en travail dans nos syndicats, pour faire échec à la déréalisation du travail du système sociotechnique capitaliste.

Et cette fois, non, il n'y a peut-être pas d'alternative!⁶ ■



Les agent-es ne sont pas des victimes consentantes, ce sont des êtres d'activité, porteurs d'alternatives qu'il s'agit de mettre en travail dans nos syndicats.

5. Yves Baunay, Christine Castejon, Christine Eisenbeis, Jean-Marie Francescon, « Ergologie, penser le travail avec celles et ceux qui le font », « Prendre soin du travail », *TAF, Travailler au futur*, 2020, p. 24-29 (voir encadré).

6. Jacques Duraffourg, « Le travail nié, le travail relégué, le travail dévalorisé... mais le travail incontournable », *Nouveaux Regards*, n° 37-38, avril-septembre 2007 (voir encadré).

PRENDRE EN COMPTE LA RÉALITÉ DU TRAVAIL

« *Aucun, je dis bien aucun, des problèmes qui se posent à notre société ne pourront être pensés sérieusement tant que le travail dans son contenu et pas seulement dans ses conditions ne sera pas au centre des préoccupations de tous les acteurs de notre vie politique, économique et sociale. Il n'y a pas de possibilité d'un "vivre-ensemble démocratique", tant que les femmes et les hommes devront produire leur existence sous le joug d'un système sociotechnique supposant, pour cause de rentabilité financière, une déréalisation de leur activité de travail.* »

Il y a des réalités qu'on ne peut contourner indéfiniment.

Jacques Duraffourg, « Le travail nié, le travail relégué, le travail dévalorisé... mais le travail incontournable », *Nouveaux Regards*, n° 37-38, avril-septembre 2007.

L'importance de la consultation infirmière dans l'enseignement supérieur

Le corps des infirmier·ères de l'Éducation nationale et de l'enseignement supérieur comprend 7 700 infirmier·ères dont 265 sont affecté·es dans l'ESR. Un maillon essentiel du dispositif offert à la jeunesse dont l'effectif ne cesse de diminuer depuis plusieurs années.

Par **SAPHIA GUERESCHI**, secrétaire générale du SNICS-FSU (Syndicat national des infirmier(e)s conseiller(e)s de santé), et **CHANTAL CHANTOISEAU**, membre du bureau national du SNICS

Les missions du corps des infirmier·ères de l'Éducation nationale et de l'enseignement supérieur sont au service des élèves et des étudiant·es ; elles sont définies dans la circulaire n° 2015-119 du 25 novembre 2015 dont l'objectif vise l'égal accès à la réussite scolaire. Le recrutement par concours est géré par le ministère de l'Éducation nationale. Ces professionnel·les de santé, fonctionnaires d'État, peuvent être affecté·es dans les établissements de l'Éducation nationale ou dans les établissements d'enseignement supérieur. D'autres infirmier·ères, contractuel·les peuvent être présent·es dans les services de santé universitaires. Ils ou elles sont recruté·es par les universités pour les besoins spécifiques de ces services.

Ce corps comporte aujourd'hui un effectif de 7 700 infirmier·ères dont seulement 265 sont affecté·es dans l'enseignement supérieur. Cet effectif diminue drastiquement depuis plusieurs années, la publication de postes vacants au mouvement devenant une rareté. Parmi ces 265, un certain nombre est utilisé pour la médecine de prévention, au détriment des étudiant·es, en lieu et place d'infirmier·ères en santé au travail que les établissements d'enseignement supérieur doivent recruter pour les personnels. Bien sûr, en tant que professionnel·le de santé, l'infirmier·ère accueille tout personnel qui pourrait avoir une demande ponctuelle (soin occasionnel, conseil, écoute) et l'oriente.

DES COMPÉTENCES SOUS-UTILISÉES

Alors que l'on compte plus de 18 millions de consultations d'infirmières auxquelles ont recours les élèves dans leur établissement, comment penser que les besoins des jeunes, « non spécifiquement malades » mais connus notamment pour leurs prises de risques, les troubles que peuvent générer le passage à l'âge adulte, l'anxiété des études et de l'avenir, disparaîtraient en passant la porte de l'université ?

L'expertise et les compétences de l'infirmier·ère, conseiller·ère en santé, ne sont pas reconnues par l'université et donc sous-utilisées.

Pourtant, l'infirmier·ère est le/la professionnel·le de premiers recours, accessible gratuitement et sans rendez-vous, couverte par le secret professionnel, au sein même du lieu de vie de l'étudiant·e.

À l'occasion d'une demande de soin, d'un renseignement comme par exemple les vaccins pour un stage à l'étranger, la consultation permet de faire un point plus global (études, sommeil, nutrition, alcool, tabac, sexualité...), de faire émerger des troubles, des risques pour leur santé dont ils ou elles pouvaient ne pas avoir conscience et de les conseiller.

Concernant les troubles psychologiques, exacerbés par la crise sanitaire actuelle, les étudiant·es qui prennent rendez-vous chez un psychologue ont déjà fait la moitié du chemin vers leur mieux-être.

Car cette démarche est souvent difficile, le besoin d'y recourir mal identifié. L'infirmier·ère, formé·e à l'écoute et à l'évaluation clinique, agit en amont en raccourcissant ce délai par l'identification du trouble et en l'accompagnant vers cette démarche de soins. Cela peut nécessiter plusieurs entretiens.

MISSION D'OBSERVATION

Ces consultations libres et gratuites favorisent la réduction des inégalités sociales et de santé et renforcent les capacités de l'étudiant·e vers son autonomie, dans l'objectif de la réussite de ses études. Dans ce cadre, il est important que les enseignant·es sollicitent l'infirmier·ère quand des difficultés leur sont signalées, pour un suivi et un accompagnement individualisé de l'étudiant.

Elles sont aussi le moyen de repérer et d'accompagner les étudiant·es victimes de violences, de harcèlement (notamment par les réseaux sociaux) et de lutter pour la prévention des suicides.

L'infirmier·ère a une mission d'observation et de surveillance épidémiologique (loi n° 98-535 relative au renforcement de la veille sanitaire). Les consultations lui permettent de relever les besoins spécifiques de la population étudiante et de cibler les actions d'éducation à la santé collectives.

Cependant, l'université a peu recours à ses missions de conception, de coordination et d'évaluation des actions collectives de prévention et de promotion de la santé en direction des étudiant·es.

La pertinence de cette offre de soins ne devrait pas faire débat au sein de l'enseignement supérieur.

Parce que chaque jeune a le droit d'être accueilli, écouté, soigné, conseillé, accompagné, l'universalisme de la consultation infirmière au sein des établissements est un maillon essentiel du dispositif offert à notre jeunesse. Il est légitime et urgent de le renforcer. ■

Ces consultations libres et gratuites favorisent la réduction des inégalités sociales et de santé et renforcent les capacités de l'étudiant·e vers son autonomie.

Les étudiants face à une offre de santé inégale et insuffisante

Le 25 mars dernier, l'Association des directeurs de services de santé universitaire (ADSSU) était auditionnée par la mission d'information sur la condition de vie étudiante du Sénat. Laurent Gerbaud, son président, par ailleurs médecin, directeur du service de santé universitaire à l'université Clermont-Auvergne, nous a fait parvenir les réponses écrites aux questions posées. Nous en reproduisons ici quelques extraits.

Propos recueillis par **ANNE ROGER**, cosecrétaire générale

UNE OFFRE DE SANTÉ TRÈS INÉGALE

« Il convient bien de parler d'offre de santé (incluant la prévention et l'éducation pour la santé) et de ne pas limiter la question de la santé des étudiants à la seule question du recours aux soins. La situation est différenciée selon l'établissement auquel appartient l'étudiant.

[...] Tous les étudiants n'ont pas accès à un service de santé universitaire (SSU) et tous les SSU ne proposent pas les mêmes services. [...] il est notable que les étudiants hors universités, les étudiants des universités étudiant dans des petites antennes universitaires délocalisées, sont pénalisés, sans parler des étudiants en BTS dont la prise en charge par la santé scolaire dépend des moyens qu'elle peut proposer, quand il n'y a pas de convention avec un SSU.

[...] Le paysage est donc celui d'une très grande inégalité entre étudiants, que ce soit dans l'accès à un service de santé ou dans ce que propose ce service de santé. »

DES DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES RÉCURRENTES

« Concernant la santé psychique, les enquêtes montrent que 25 à 38 % des étudiants évoquent des difficultés psychologiques dont le contenu varie selon les questions posées : souffrance chronique, difficulté à gérer le stress, conflits familiaux, sentiment d'isolement... Il faut tenir compte des facteurs anxiogènes propres à la condition étudiante : scansion du temps par la passation d'examen, peur du redoublement, mobilité induite par les études, incertitude quant à la capacité à choisir les études que l'on veut, trouver des lieux de stage, quant à la valeur du diplôme que l'on obtiendra, quant à la capacité à avoir une vie future satisfaisante... Ces difficultés sont aussi souvent liées (mais de façon non exclusive) à des difficultés sociales de revenu, de logement ou d'alimentation et au recours à un travail de subsistance. Elles sont présentes dans un contexte où l'offre de soins est notoirement insuffisante [...]. »

EFFETS DE LA CRISE SANITAIRE

« Les effets de la crise tiennent à la combinaison de trois facteurs principaux :

- une fragilisation sociale liée à la perte d'emplois accessibles aux étudiants, ce qui a encore plus fragilisé les étudiants en situation socio-économique précaire. Cet impact a été renforcé par la perte de revenu ou de travail de l'un des deux parents (voire les deux) [...];
- une fragilisation des liens sociaux, liée au confinement, à l'arrêt des cours et de la venue à l'université, ce qui constitue des modes de socialisation importants, de même que la fin des autres modes de socialisation de la vie universitaire : ateliers de pratiques sportives des Suaps et des Crous, de pratiques culturelles des SUC et des Crous, restauration collective, lieux de vie collectifs dans les universités, les Crous... Cet impact a été plus important pour tous les étudiants primo-arrivants à l'université. En effet, ils avaient connu un premier confinement entre et mars-mai, avant de passer le bac. [...] À la rentrée à l'université, il faut environ un mois et demi pour comprendre le système universitaire, savoir s'orienter, commencer à repérer ce qui peut constituer son groupe de sociabilité. Or, c'est à la fin de cette phase de stabilisation que le deuxième confinement s'est profilé. Nous avons donc été confrontés à une demande de soutien psychologique particulière et nettement plus importante de ces étudiants ;
- une fragilisation psychologique qui se combine avec les deux premiers facteurs et repose sur des mécanismes propres : anxiété due à l'incertitude (de la gravité de la maladie, du moment où « cela finira »...), conséquences de l'enfermement (en particulier dans des conditions d'habitats dégradés, des environnements urbains de piètre qualité...), inquiétude pour soi ou pour ses proches, dans un contexte de discours culpabilisateurs stigmatisant les étudiants pour être à l'origine de la reprise d'épidémie parce qu'ils avaient fait la fête – alors que les étudiants se contaminent comme le reste de la population, par la famille (28 %) ou la colocation (27 %), les événements festifs ne représentant que 12 % des cas. Une partie des étudiants, pour des raisons de mauvaise qualité du logement et/ou financière, ont dû retourner chez leurs parents, ce qui a pu être protecteur mais a aussi été négatif lorsque le contexte familial est dégradé ou toxique. » ■

« Nous avons été confrontés à une demande de soutien psychologique particulière et nettement plus importante des étudiants primo-arrivants. »