

Trame de contribution écrite parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation de l'enfant entre 0 et 6 ans.

Intitulé de l'organisation ou l'organisme contributeur : **SNICS-FSU**

Depuis sa création en 1993, le SNICS FSU a toujours participé activement à la prise en compte de la promotion de la santé par les acteurs publics et politiques et plus particulièrement au développement et à l'évolution du concept de santé à l'Ecole.

Le SNICS-FSU est le syndicat majoritaire à 64% des infirmier.ères de l'Education nationale, ce qui légitime son *expertise dans le cadre du parcours de coordination renforcé "santé-accueil-éducation de 0 à 6 ans"*. Nous sommes un syndicat professionnel qui a toujours été force de propositions dans les politiques de prévention, en direction des jeunes de notre pays.

Le SNICS-FSU se félicite de la volonté présidentielle d'entrer dans une politique de prévention. L'ouverture de ce séminaire par les ministres des solidarités et de la santé et de l'éducation nationale marque le choix d'une dynamique partenariale, c'est un message fort que nous accueillons favorablement. Ce "co-pilotage" interministériel, choisi par le premier ministre, soulève cependant quelques interrogations compte tenu des exigences liées à l'histoire de notre profession, nous les développerons plus largement dans la suite de cette contribution.

L'exercice de notre profession au sein d'EPLÉ, en direction d'un public majoritairement en bonne santé et asymptomatique, place l'infirmier.ère de l'Education nationale comme acteur privilégié en matière d'éducation, de prévention et de promotion de la santé au service de tous les enfants en âge de scolarisation.

Si la dimension partenariale de notre exercice est quotidienne, la contribution du SNICS-FSU se limitera à l'expertise développée dans le cadre de notre exercice à l'Education nationale, c'est à dire dans la « prise en charge » holistique des enfants scolarisés. Sans mettre en doute la légitimité des professionnels de ce séminaire dans leur domaine de compétences respectif, nous nous attacherons à limiter nos propositions aux pratiques professionnelles des acteurs du parcours de 3 à 6 ans.

1. Perception/avis sur le projet parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation de l'enfant entre 0 et 6 ans.

Comme nous l'avons précisé dans notre "préambule", le SNICS a toujours participé activement au développement des politiques de promotion de la santé avec un attachement particulier au service public d'éducation et à son efficience.

Contrairement à certaines représentations énoncées publiquement, les infirmier.ères de l'Éducation nationale ne travaillent ni en "silo" ni de "façon cloisonnée". Notre spécificité d'exercice et le sens de notre recrutement restent trop souvent incompris voire méconnus.

Les missions des infirmier.ères de l'Éducation nationale sont d'assurer des soins infirmiers éducatifs, préventifs et curatifs ainsi que la prévention des problèmes essentiels que peuvent rencontrer les jeunes (échec scolaire, difficultés relationnelles, harcèlement, mal-être) qui nécessitent des réponses adaptées et personnalisées. Notre mission première est donc d'accueillir, d'écouter, de conseiller et d'orienter si besoin tout élève qui nous sollicite pour quelque motif que ce soit. Cette consultation infirmière que nous réalisons à la demande de l'élève ou des membres de la communauté éducative permet d'accompagner l'élève ou l'étudiant.e dans la prise en charge de ses maux/mots afin qu'il puisse réinvestir au plus vite sa scolarité. Nous participons ainsi activement à la réduction des inégalités sociales et de santé, au service de la réussite scolaire.

Nos postes sont implantés au plus près des besoins des élèves, dans les établissements scolaires, au coeur d'un service éducatif, et non dans un service de soins (sous hiérarchie médicale). L'éducation à la santé fait partie de notre champ professionnel, que ce soit dans une dimension individuelle ou collective par nos apports et expertise dans le cadre des Parcours Educatifs et de Santé (PES). Nous concourons chaque jour à la mission émancipatrice de l'école. Nous participons donc très largement à la politique de promotion de la santé de notre pays en accompagnant les élèves chaque jour vers la maîtrise de leur propre santé et les moyens de l'améliorer.

C'est bien au sein d'une équipe pluri-professionnelle, l'équipe pédagogique et éducative que nos missions prennent tout leurs sens pour favoriser la réussite scolaire de tous les élèves . Nous travaillons aussi au quotidien avec d'autres professionnels sociaux et de santé (dont les médecins scolaires, PMI, médecins généralistes, pédiatres...) et avec les familles.

Nos missions s'inscrivent dans le cadre de la **politique éducative** sociale et de santé en faveur des élèves du ministère de l'Education nationale. Cette politique éducative s'articule avec d'autres volets de l'action gouvernementale, en partenariat avec les collectivités territoriales. Elle est mise en oeuvre par tous les personnels (enseignants, personnels éducatifs, sociaux et de santé...). Cette collaboration, dans le respect des compétences et de l'exercice professionnel de chacun, doit permettre la prévention et le repérage précoce des difficultés susceptibles d'entraver les apprentissages et compromettre le déroulement de la scolarité.

Les partenariats et les collaborations existent. Elles sont notamment décrites dans la circulaire n°2015-117 relative à la politique éducative et de santé en faveur des élèves. Cette politique éducative est menée en cohérence avec d'autres politiques publiques. Elle s'articule avec la politique de santé publique (stratégie nationale de santé) par la promotion de la santé qui associe le milieu scolaire et les divers professionnels intervenant au sein des écoles et des établissements, la prise en compte de l'ensemble des déterminants de santé, la logique de continuité du suivi.. Elle s'articule également avec les politiques sociales et familiales et la politique de la ville.

Lors des travaux de la Loi d'orientation et de programmation pour la Refondation de l'Ecole de la République (2013-2015), la politique de santé à l'école a amélioré sa gouvernance et renforcé sa dynamique partenariale, le SNICS y a largement contribué. Vous trouverez en annexe un bref historique de notre profession ainsi que les évolutions présentes dans les textes de 2015.

Le parcours de coordination renforcé santé-accueil-éducation 0-6 ans affiche comme objectif de déployer progressivement des coordinations adaptées à chaque territoire permettant entre autres de rendre effective la visite médicale avant 6ans.

Plusieurs points de cet objectif nous posent question.

Pour le SNICS, il est important de signifier au préalable le sens du "parcours" à l'Education nationale. Un parcours existe déjà, le Parcours Educatif de Santé défini par la circulaire n°2016- 008 du 28 janvier 2016. Un parcours ne peut se résumer à une succession d'exams de santé ou de dépistages obligatoires. Nous pensons qu'il est nécessaire d'entrer dans une vision plus holistique. En plus des exams

périodiques de santé, ce parcours doit intégrer les entretiens individuels ainsi que les actions de prévention et d'éducation à la santé.

L'implication des parents dans ce parcours devrait être un élément d'attention permanent.

Dans son avis sur "la médecine scolaire", le HCSP précise: *"le dépistage, loin d'être une fin en soi, ne prend sens que s'il permet d'offrir une prise en charge adaptée"*. Au delà de l'effectivité des examens, les prescriptions qui en découlent sont des éléments essentiels qu'il conviendrait d'analyser. Combien d'avis ont été suivis de recours aux soins? Ce constat a amené les ministères de l'éducation nationale et de la santé à recentrer la priorité sur deux bilans de santé au lieu de cinq, la visite médicale de la 6ème année par les médecins et le bilan de la 12ème année par les infirmières de l'Education nationale. La réalisation de la visite médicale de la 6ème année permet à l'infirmière de l'Education nationale de s'appuyer sur un diagnostic médical pour effectuer l'accompagnement et le suivi si besoin.

Le parcours éducatif de santé, mais plus largement le parcours de santé, ne peuvent pas être focalisés uniquement sur la réalisation d'un examen de dépistage. Ils doivent s'inscrire dans un ensemble plus global construit à partir des besoins exprimés des usagers.

Qu'entend-on par "coordinations adaptées"?

Pour les infirmières de l'Education nationale, la nécessaire cohérence ou "coordination" entre les différentes politiques publiques ne fait aucun doute surtout lorsqu'on fait le constat de 47% de réalisation de la visite médicale de la 6ème année. Nous ne sommes pas opposés à l'idée d'un parcours de coordination renforcée de l'enfant de 0 à 6 ans à partir du moment où il s'agit bien de coordination et non de redéfinition des missions des différents acteurs, et particulièrement à l'Education nationale.

Les infirmières de l'Education nationale sont très attachées à faire reconnaître la spécificité de leur profession au sein d'une équipe éducative et pédagogique, au service des élèves, et non au service des médecins.

Nous refusons de voir resurgir ces équipes de « santé scolaire » qui concentraient les moyens en personnel sur une tranche d'âge au détriment de tous les autres élèves et les obligeaient à fonctionner en doublon. Ce serait un véritable gâchis, tant en moyens qu'en efficacité.

Le modèle défendu par les représentants des médecins de l'Education nationale n'est ni plus ni moins le modèle de « service de *santé scolaire* » qui a prévalu au ministère de la santé de la fin de la 2^{ème} guerre mondiale jusqu'au milieu des années 80.

Ce service de santé scolaire avait été jugé « *inefficace, obsolète et inadapté à l'évolution des besoins des élèves* » par la représentation nationale. A la suite de cette redoutable évaluation, ce service avait été dissout.

La place réservée aux infirmier.ères de l'EN dans ces projets de type "service de santé" est à l'opposé de la conception qu'ils.elles se font de leur métier. Nous l'avons exprimé à plusieurs reprises dans la rue (par cinq fois lors des derniers travaux). Malgré le retard pris dans l'application des textes parus en novembre 2015, les infirmier.ères que nous représentons sont plus que jamais convaincu.es de la pertinence de cette orientation politique.

Le rapport de l'académie de médecine sur la santé à l'école, cité en référence bibliographique du séminaire, affirme que « *Le fonctionnement de l'équipe n'est pas défini dans les textes alors qu'une réorganisation de ce fonctionnement entre toutes ces professions de santé serait nécessaire.* »

C'est Faux ! Le fonctionnement de l'équipe est défini dans les textes, tant dans ceux des missions des personnels médecins ou infirmiers que dans les textes sur les parcours éducatifs de santé. Qu'ils ne satisfassent pas les médecins de l'Education nationale qui ont peur d'y perdre « *du pouvoir* » est une chose, mais on ne peut pas affirmer que le fonctionnement n'est pas défini.

Le sens de recrutement des professionnels de santé à l'EN est « *la réussite scolaire* » de tous les élèves, la seule équipe légitime est l'équipe pédagogique et éducative contrairement à l'hôpital où le sens du recrutement impose une équipe médico-centrée. Il est évident que les principes de hiérarchie fonctionnelle découlent de ce sens du recrutement.

A l'Education nationale, existe-t-il une "Absence de coordinations" (et/ou de coopération) ou un défaut de gouvernance?

Pour le SNICS, à l'Education nationale, la coordination, la coopération et la gouvernance existent. Ils sont définis avec précision dans les textes

issus de la Loi de refondation de l'école et de la Loi de modernisation de notre système de santé.

Le préalable à l'existence de coordinations adaptées est la connaissance, le respect des missions et compétences de chacun des professionnels qui concourent à ce parcours.

A l'Education nationale, les récents textes de 2015 participent à l'amélioration des " coordinations " de cette politique :

- **En interne**, en ce qu'il définissent clairement les missions de chacun des professionnels de santé de l'EN , mais aussi parce qu'ils placent la politique de santé à l'école comme une des missions de l'Ecole avec une dynamique partenariale renforcée. Ainsi, chacun des professionnels est invité à participer activement au parcours éducatif de santé de chaque élève en le plaçant, avec sa famille, au centre des attentions. La gouvernance et les instances de coordination institutionnelles sont renforcées (cellule académique en charge de la politique éducative et de santé, Volet santé dans les projets ministériel, académiques et dans chaque établissement: CAESC, CDESC, CESC, CESC inter degré ou inter-établissement).

- **Vers externe**, par la participation des partenaires extérieurs aux instances institutionnelles mais également en réaffirmant une nécessaire dynamique partenariale : cohérence des politiques publiques, tant dans leurs définitions que dans leur application (notamment SNS, conventions ARS, CLS etc). De plus, à l'image de l'arrêté du 03 novembre 2015, les nécessaires coordinations sont inscrites de façon précise dans les textes réglementaires.

Un ensemble cohérent de textes organisent pourtant ces coordinations, coopérations et collaboration (lois-arrête-circulaires) :

- **L541-1 du code de l'éducation**

*Au cours de la sixième année, une visite comprenant un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage est organisée. Les médecins de l'éducation nationale travaillent **en lien** avec l'équipe éducative, les professionnels de santé et les parents, afin que, **pour chaque enfant**, une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés suite à ces visites . **Les ministres chargés de l'éducation nationale et de la santé déterminent conjointement**, par voie réglementaire, pour les visites médicales et les dépistages obligatoires, la périodicité et le contenu de l'examen médical de prévention et de dépistage, **ainsi que les modalités de***

COORDINATION avec les missions particulières des médecins traitants mentionnés au deuxième alinéa de l'article L162-5-3 du code de la sécurité sociale »

▪ **L 121-4-1 du code de l'éducation**

*3° bis **La coordination** des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile avec les missions conduites dans les écoles élémentaires et maternelles*

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

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

- **L'arrêté interministeriel du 03 novembre 2015** décline la périodicité et le contenu des deux bilans de santé dont chaque élève doit pouvoir bénéficier - une visite médicale réalisée par un médecin (ville, pédiatre, médecin scolaire...) dans la sixième année de l'enfant et un examen de dépistage réalisé par un.e infirmier.ère de l'Education nationale dans la douzième année. Ses annexes I et II définissent précisément le contenu des bilans et fixent les partenariats et les collaborations.

Annexe I VISITE MÉDICALE DE LA SIXIÈME ANNÉE

- analyse des antécédents de l'enfant à partir des données, **notamment du document de liaison** prévu par l'article L. 2112-5 susvisé du code de la santé publique pour les enfants ayant bénéficié du bilan de santé entre 3 et 4 ans en école maternelle (1) ou du **carnet de santé de l'enfant** avec l'accord des parents ;

- **lorsque les enfants ont bénéficié d'une visite médicale par le médecin qui suit l'enfant en application de l'article L. 541-1, les parents, s'ils en sont d'accord, transmettent à la demande du médecin de l'éducation nationale, dans le cadre du suivi du parcours de santé à l'école, le carnet de santé de leur enfant sous enveloppe cachetée à son intention. Si les parents ne souhaitent pas présenter le carnet de santé, ils devront être en mesure de fournir un certificat médical attestant qu'un bilan de l'état de santé physique et psychologique de leur enfant a été assuré par un professionnel de santé de leur choix (art. L. 541-1 du code de l'éducation) ;**
- **entretien avec les parents** de l'enfant portant notamment sur ses conditions de vie, son développement et d'éventuelles pathologies. Lorsque l'enfant présente un handicap ou une affection chronique, le professionnel de santé analyse ses besoins et, le cas échéant, impulse avec l'accord des parents les démarches nécessaires ;
- prise en compte **d'éventuelles observations recueillies auprès de l'enseignant de l'enfant et des personnels intervenant au sein de l'école ;**
- vérification des vaccinations au vu du calendrier vaccinal en vigueur (2) ;
- examen staturo-pondéral avec calcul de l'IMC, report des données et **traçage sur les courbes du carnet de santé ;**
- examen clinique ;
- dépistage des troubles auditifs comprenant la vérification de l'acuité auditive avec un appareil audio vérificateur ;
- dépistage des troubles visuels ;
- bilan du langage ;
- bilan du développement psychomoteur ;
- examen bucco-dentaire ;
- **transmission aux parents** des conclusions de ces examens et dépistages incluant, le cas échéant, des recommandations, des conseils ou des demandes d'investigations complémentaires ainsi que, en tant que de besoin, la remise **d'un courrier à l'attention du médecin**

traitant. Le médecin qui l'effectue veille au respect de la confidentialité de cette transmission ;

- **rencontre avec l'enseignant de l'élève et le directeur d'école afin de faire le point sur le suivi et l'accompagnement pédagogique à mettre en place dans le cadre de la réussite scolaire.**

Cette liste n'est pas limitative. Chaque professionnel de santé, dans le cadre de ses compétences, poursuivra les examens en fonction des constatations qu'il aura effectuées.

Article L. 2112-5 du code de la santé publique susvisé et arrêté du 18 août 1997 pris pour son application relatif au modèle d'imprimé servant à établir le dossier médical de liaison entre le service départemental de protection maternelle et infantile et le service de promotion de la santé en faveur des élèves pour les enfants suivis en école maternelle.

Calendrier des vaccinations publié par le ministère chargé de la santé et consultable sur www.sante.gouv.fr.

NOTA : Conformément à l'article 1er de la décision du Conseil d'Etat, n° 395858 du 24 novembre 2017, l'arrêté du 3 novembre 2015 est annulé en ce qu'il comporte à ses annexes I et II la disposition suivante : " -mise à disposition des données issues de cette visite aux personnels de l'éducation nationale en charge du suivi de l'élève concerné, dans le respect du secret professionnel »

A l'Education nationale aujourd'hui, un défaut d'application des textes empêche l'efficience la politique de santé à l'école, et ce n'est pas un problème de manque de coordination.

Les textes de 2015 s'appliquent de façon disparate au sein du territoire national. Une disparité entre académies qui peut partiellement s'expliquer par la sortie tardive des textes fin novembre 2015 , en cours d'année scolaire, et par un manque de volonté de l'institution de les faire appliquer. A cela s'ajoutent la déception et le blocage de l'applications des textes par les médecins de l'Education nationale qui souhaitaient déjà la réapparition d'un service de santé scolaire. Au cours de l'année scolaire 2016-2017, à la suite de la mobilisation des infirmières de l'Education nationale, les textes commencent à s'appliquer mais un changement de gouvernement laissera ces travaux au milieu du gué.

Les axes d'amélioration des "coordinations adaptées" existent, il s'agit de les mettre en oeuvre mais qu'entend-on par territoire?

Le territoire est une étendue géographique qui, pour exister, a besoin de contours clairement définis. Pour éviter les "millefeuilles" ou les inégalités au sein du territoire ainsi que le désinvestissement des différents acteurs, un cadrage national doit être proposé.

Pour le SNICS, le territoire le plus adapté à l'amélioration du parcours des enfants scolarisés est celui du lieu de vie, c'est à dire l'établissement scolaire du second degré et son secteur (écoles primaires) de rattachement pour plusieurs raisons.

Tout d'abord parce que cette zone est clairement définie. Elle est le fruit du dialogue entre les différents représentants de l'Etat. Elle correspond souvent à des bassins de vie propices aux déplacements et au sentiment de proximité nécessaire aux élèves et à leurs familles.

Cet espace géographique est raisonnablement étendu : il permet un suivi individualisé et un accompagnement par les équipes éducatives et pédagogiques dont les professionnels de santé. Mais également la présence d'une pluralité "raisonnable" d'acteurs externes (pluridisciplinarité et inter-professionnalité) ce qui permet à la mise en place de relations de confiance et communication adaptées pour assurer l'accompagnement et la prise en charge vers une réussite scolaire de tous les élèves.

Il existe déjà des instances permettant de réunir l'ensemble des acteurs, dont les familles, le CESC et CESC inter-degré, le CDESC, qui constituent le dispositif opérationnel d'impulsion et d'animation au sein des établissements d'enseignement.

Un professionnel de santé est déjà affecté sur l'ensemble de ce territoire. En effet les infirmier.ères de l'Education nationale, lorsqu'ils-elles sont affecté.es sur des postes inter-degré, sont en responsabilité et accompagnent l'ensemble des élèves de ce territoire (collège et son secteur de rattachement). Les orientations politiques de 2015 placent l'infirmier.ère de l'Education nationale au coeur de la politique éducative sociale et de santé du MEN : elle est identifiée comme le pivot de la santé des élèves qu'elle accompagne de la maternelle à l'université.

“Rendre effective la visite médicale des 6 ans”?

Les chiffres annoncés sont alarmants. Nous l'avons déjà pointé, les textes de 2015, en plus d'être récents, ont souffert d'un blocage institutionnel et du refus des représentants des médecins de L'EN de les appliquer.

On peut aussi regarder le chiffre de 47% sous un autre angle et se dire que nous avons réussi à augmenter de façon exponentielle le respect des droits des élèves puisque ce chiffre est passé de 3% à 47%. Si le gouvernement souhaite changer la politique éducative et de santé mise en oeuvre à l'Education nationale avant même de l'avoir appliquée et évaluée, on pourrait penser qu'avec la coordination renforcée santé-accueil-éducation de l'enfant de 0 à 6 ans et à l'issue de ces travaux, la visite médicale prévue par la loi pourrait être effective!

La focalisation sur la visite des 6 ans est emblématique mais qu'en est-il des autres visites avant 6 ans?

Pourquoi mettre l'accent uniquement sur la visite médicale 6ème année de l'enfant? On sait, et vous le signalez aussi, dans le préambule du séminaire que “ les inégalités de santé s'installent avant l'âge de 6 ans, voire dès l'âge de trois ans”? Alors pourquoi focaliser notre action sur l'effectivité de la visite médicale de la 6ème année de l'enfant au risque d'accentuer d'autres inégalités d'accès aux soins?

Lors des travaux de la Loi de refondation de l'école, les médecins de l'EN ont brandi à plusieurs reprises leur surcharge de travail, les difficultés statutaires qu'ils rencontrent (attractivité de leur métier) et les déserts médicaux, pouvant leurrer un public non averti. En témoigne le rapport de l'Académie de médecine sur la médecine scolaire, pour le moins incorrect voire inexact, qui a pourtant trouvé un certain écho. Comme vous le citez en référence bibliographique, nous vous adressons en annexe la lettre du SNICS faite au président de l'Académie nationale de médecine sous forme de contre rapport.

Nous connaissons les revendications corporatistes et professionnelles de nos collègues médecins, mais notre analyse se heurte au principe de réalité, surtout, lorsqu'il s'agit d'action publique. Dans le cadre de la visite médicale de la 6ème année, les propositions des médecins de l'EN consistent à faire faire aux infirmières ce qu'ils refusent de faire!

Ainsi, lors du séminaire, nous n'avons pas été surpris d'entendre toujours le même postulat, manque de médecins, manque de

coordination, collaboration, coopération des infirmier.e.s, etc... sans que soit présenté d'analyse ou de diagnostic précis et chiffré.

Effectivité de la visite médicale de la 6ème année et pénurie de médecins:

Abordons la gestion des ressources humaines et la charge de travail des médecins de l'Education nationale relevant de certaines étapes obligatoires dans la scolarité : visite de la 6ème année et visite préalable à l'affectation de l'élève mineur aux travaux réglementés.

Suite aux travaux liés à la Loi de refondation de l'école , plusieurs mesures sont venues soulager la charge de travail des médecins de scolaires et améliorer l'attractivité de leurs emplois. La mise en place des PAP et le passage au dossier médical informatisé ont libéré du temps médical.

Leurs missions à l'EN sont avant tout à visée diagnostique: *“Les médecins de l'Education nationale apportent une démarche clinique qui permet l'identification des difficultés rencontrées par les élèves, l'évaluation des situations pathologiques susceptibles d'entraver leur scolarité, notamment en cas de troubles des apprentissages et/ou des comportements, afin d'assurer l'orientation et la prise en charge adaptée, ainsi que le suivi en milieu scolaire ».* (extrait fiche 41 MEN, juillet 2015).

Le décret n°91-1195 du 27 novembre 1991 portant dispositions statutaires applicables au corps des médecins de l'Education nationale et à l'emploi de médecin de l'Education nationale-conseiller technique précise: *« Ils réalisent le bilan de santé obligatoire lors de l'entrée à l'école élémentaire, le bilan exigé lors du passage dans le cycle secondaire et le bilan d'orientation scolaire ou professionnelle »*

Un médecin de l'Education nationale a une obligation de travail annuelle devant élèves de 1447 heures.

1° Charge de travail des médecins scolaires et réalisation de la visite médicale de la 6ème année:

Rappelons que, depuis 2015, la priorité donnée au 1er degré a entraîné un recentrage du travail des médecins scolaires sur la visite médicale de la 6ème année.

Le bilan de la sixième année est réalisé conformément à l'article L. 541-1 du code de l'éducation et en application de l'arrêté interministériel

qui en fixe le contenu. Ce bilan s'effectue avec la collaboration de la famille et la participation des membres de l'équipe éducative qui concourent à la scolarisation : infirmier.ère, enseignant.e, psychologue scolaire, et, le cas échéant, professionnel du soin afin que, pour chaque élève, un repérage, un diagnostic puis une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés.

L'analyse, notamment des compétences neurosensorielles et développementales de l'enfant, est réalisée dans la logique d'un repérage précoce des difficultés éventuelles de l'enfant à entrer dans les apprentissages. Dès l'école maternelle, la détection précoce des difficultés des élèves doit être privilégiée. Il convient de renforcer les actions de dépistage et la continuité entre la protection maternelle et infantile et la médecine de l'Education nationale.

Le médecin s'appuie sur le carnet de santé de l'enfant, la fiche de liaison transmise par les services de protection maternelle et infantile (PMI) et toute autre observation communiquée par les personnels ou la famille, pour effectuer son examen médical et éventuellement orienter vers un diagnostic approfondi et/ou une prise en charge.

Les spécialistes de l'enfance estiment qu'il faut ½h pour réaliser une visite médicale. C'est sans compter la charge administrative et la mise en place d'un suivi, même si ce dernier ne concerne pas tous les élèves.

Par ailleurs, les familles peuvent faire réaliser cet examen médical par un médecin de leur choix. Notons également que plusieurs municipalités ou agglomérations, et non des moindres (Amiens, Bordeaux, Paris, Lyon, Lille, Grenoble, Nantes, Amiens, Strasbourg) continuent de prendre en charge des prestations de santé scolaire et bénéficient de subventions pour un montant total de 2 790 296 €.

En dépit de tout cela, partons du postulat que les médecins de l'Education nationale aient à voir TOUS les élèves de 6 ans et qu'il leur faille une heure pour la réalisation d'un seul bilan:

- **En 2011**, il y avait 790 798 élèves de 6 ans ce qui, à raison de la quotité annuelle de temps de travail médecin, nécessitait 532 postes de médecins pour réaliser la visite médicale obligatoire qui s'imposait à eux de fait prioritairement à eux. Il y avait, en 2011, 1489 postes de médecins devant élèves. Ce n'est pas le manque de postes qui explique le faible taux de réalisation des VA à cette époque, taux inférieur à 70%.
- **En 2016**, le taux de réalisation de ces visites a progressé puisque supérieur à 70%, selon le ministère de l'Education nationale. Il y

avait 834 800 élèves de 6 ans scolarisés dans l'enseignement public et privé sous contrat. Selon les mêmes modalités de calcul, il aurait fallu 561 postes de médecins pour réaliser les visites médicales. Ce n'est toujours pas un problème de moyens, mais probablement un problème lié aux choix des priorités et à l'absence de contrôle par l'administration.

- **A la rentrée 2017**, 838 489 élèves étaient dans leur 6^{ème} année. A raison d'une heure par examen médical, il fallait 838 489 heures de temps médical pour atteindre l'objectif, soit 521 ETPA de médecins.

2° Charge de travail des médecins scolaire et avis médical obligatoire pour travail sur machines

A priori, et comme certains l'affirment, l'avis médical sur l'obligation de suivi des élèves relevant de dérogation pour travail sur machines dangereuses serait extrêmement lourd.

En 2016, nous avons 134 675 élèves scolarisés dans les filières de l'enseignement public et privé sous contrat éligibles à cette réglementation. Ces élèves étaient scolarisés en CAP, 2nd, 1^{ère} et Terminale Bac pro. Les élèves majeurs représentant près de 20% de cet effectif, 108 000 devaient bénéficier de cette visite médicale. Suivant le même principe que celui de l'évaluation du nombre d'ETPTA employé pour les visites de 6 ans et à raison d'une heure par élève (charge administrative et de suivi comprise pour tous les élèves) il y avait besoin de seulement **72 postes de médecins sur la France entière.**

Nous voyons bien que certaines allégations s'avèrent infondées. Ces chiffres sont théoriques et ne reflètent pas toujours la réalité du terrain mais incitent à la réflexion. Depuis 2013, le glissement de tâches observé pour la visite médicale de grande section de maternelle (plus de 80% étaient seulement des bilans infirmiers) tend à s'étendre sur les visites médicales pour machines dangereuses.

Donc, si l'Education nationale se donnait les moyens de mettre en oeuvre les textes de 2015 en faisant réaliser en priorité et à 100% les deux seuls diagnostics médicaux obligatoires durant la scolarité de l'élève, il faudrait en tout et pour tout 593 ETPTA de médecins (521 + 72 = 593 ETPA). A la rentrée 2017, on dénombre près de 1000 médecins titulaires de l'Education nationale et entre 170 et 200 vacataires.

Nous persistons à dire qu'il n'y a pas de problème de moyens pour réaliser ces deux visites médicales obligatoires dont celle de la sixième année mais certainement un problème de répartition de ces moyens, qui n'ont pas été redéfinis au regard de leurs nouvelles missions, et une absence d'évaluation de leur utilisation par une véritable Inspection Générale de l'Education nationale.

Lors du séminaire, plusieurs arguments ont été liés la pénurie de médecins, nous savons que cette difficulté impacte l'ensemble de notre système de santé. Mais il conviendrait, là encore, d'y apporter une certaine objectivité : quels sont les territoires impactés ? Quelles sont les zones dites « blanches » qui souffrent d'une pénurie médicale ? La répartition des postes des médecins fonctionnaires de l'Education nationale ou de ceux de la PMI a-t-elle été faite en fonction de ces territoires à besoins particuliers ?

La notion de désert médical a servi de levier à de nombreuses politiques publiques. Il convient d'y apporter une certaine pondération puisqu'en 2016, une étude approfondie de la DRESS tente de définir et relativiser la notion de déserts médicaux : « seuls 8,6% des français habitent dans une zone sous-dense- et 98% des français ont accès à un médecin généraliste à moins de 10 minutes en voiture ».

Pour rendre effective la visite médicale de la 6^è année, il serait nécessaire de mettre en œuvre l'arrêté du 03 novembre 2015 qui ouvre la réalisation de cette visite à d'autres médecins: généralistes, pédiatres etc... Il faut en tout et pour tout 521 ETPA de médecin pour rendre effectif cet examen. Pourquoi attendre alors que la France dispose de plus de 102 000 médecins généralistes et de plus de 8000 pédiatres (sans compter les médecins salariés des structures accompagnant les politiques de la ville) ? Le collège de médecine générale, présent lors du séminaire, s'est prononcé clairement sur leur capacité et volonté de réaliser cet examen. Les médecins de ville n'attendraient que la « codification » de cet examen de santé pour le pratiquer « en masse ».

Pour répondre au projet envisagé lors du séminaire de créer **d'un guichet d'accueil unique** incluant les personnels sociaux et de santé de l'Education nationale, et ceux de la PMI, peut être séduisant de prime abord, mais une connaissance plus approfondie de la problématique et un regard sur l'histoire nous démontrent son inefficacité.

En 1982, la circulaire dite de « Bagnolet » redéfinit les missions de la santé scolaire, toujours implantée depuis 1945 dans les Centres Médico sociaux, en proposant une structuration médico-centrée. Elle organise les coopérations autour du médecin au motif que les visites médicales

obligatoires, et notamment celles des 6 ans, ne sont pas réalisées (déjà !). Elle donne comme objectifs et missions à ce service de réaliser 100% des 3 bilans de santé prévus à des âges clé, 5- 6 ans, 10-11 ans et un troisième entre 13 et 16ans.

Ce service de santé scolaire avait été jugé « *inefficace, obsolète et inadapté à l'évolution des besoins des élèves* » par la représentation nationale. A la suite de cette redoutable évaluation, il avait été dissout !

Il est important de répondre à la multiplicité des besoins en multipliant les accueils possibles, en conservant les spécificité des acteurs et en conservant un accueil et une écoute des élèves et de leurs familles au sein des lieux de vie que sont les établissements d'enseignements.

2. Quelle méthodologie pour construire des partenariats pertinents et des coopérations efficaces ?

- Méthodologie d'une démarche de projet dont le préalable est de partir d'un diagnostic fiable, partagé et incontestable réalisé avec l'ensemble des acteurs.
- Etablir un travail objectif et une présence équilibrée de l'ensemble des partenaires. En ce point, le séminaire est contestable, les groupes de travail n'étaient ni représentatifs, ni équilibrés. Pré-inscrites arbitrairement sur les GT 0-3 ans, les organisations syndicales représentatives des infirmier.ères de l'Education nationale ont dû s'affranchir des directives qui leur ont été données afin de se répartir de façon plus équilibrée dans les différents groupes. Vous conviendrez qu'il ne s'agit pas là d'une coordination efficace!

Réunir de multiples acteurs est une idée pertinente sauf si l'on sursoit à la représentativité des acteurs et notamment des organisations syndicales. Nier ainsi sur la représentation des personnels, c'est alors mettre un voile sur la démocratie.

A l'issue du séminaire de lancement, nous avons été nombreux à constater et dénoncer cette mascarade de dialogue et de concertation. Les organisations syndicales représentatives des infirmier.ères de l'EN ont écrit des courriers au cabinet et aux pilotes des travaux pour obtenir des audiences et rétablir un climat propice au dialogue.

3. Comment construire une culture commune ?

- Une culture commune débute par un diagnostic partagé ,
- Une représentation équilibrée des différents acteurs du parcours,
- La définition d'objectifs communs,
- Des temps d'échanges et travail collectif.
- En préalable aux points précédents: un corpus de connaissance solide et un respect mutuel.

Nous pensons que les formations des infirmier.ères de l'Education nationale sont insuffisantes. L'amélioration des formations des professionnels de santé est nécessaire pour permettre de répondre aux besoins de santé et permettre l'émergence d'une expertise fiable et réactualisée périodiquement.

La mise en place de formations pluriprofessionnelles autour d'objectifs communs.

Comme le soulignait déjà en 2013 le rapport du HCSP sur la médecine scolaire, l'Education nationale devrait se saisir des ESPE et des partenariats déjà existants pour développer une culture commune en son sein: *“La création des Ecoles supérieures du professorat et de l'éducation (ESPE) représente une opportunité réelle pour développer une culture commune aux personnels de santé publique. Les ESPE ont vocation à former les personnels de santé et sociaux sur la base d'un partenariat étroit avec les départements de santé publique et l'Ecole des hautes études en santé publique (logique décentralisée par groupes d'académies) mais également avec les différents spécialistes de l'enfant (pédiatrie, pédopsychiatrie, etc.). Des collaborations existent déjà autour de masters « éducation et santé publique » et de licences professionnelles « intervention en promotion de la santé ». C'est sur la base de ces partenariats déjà existants entre équipes de santé publique et de sciences de l'éducation que le dispositif de formations initiale et continue des médecins et infirmiers scolaires doit être conduit, en lien avec celles des autres professionnels de l'éducation formés eux aussi dans les ESPE, notamment les enseignants spécialisés et les psychologues scolaires. La formation d'adaptation à l'emploi doit inclure trois volets : un commun à tous les personnels, un volet spécifique aux personnels de santé et sociaux et un propre à chaque catégorie professionnelle (infirmiers et médecins). La formation continue doit*

également être développée sous forme de dispositifs ouverts à l'ensemble des personnels d'un établissement et de dispositifs spécifiques à une catégorie professionnelle déterminée. "

Au regard de la spécificité de leur exercice, et notamment de leur rôle éducatif, des besoins des élèves et des responsabilités qui leur incombent, les infirmier.ères de l'Education nationale revendiquent la mise en place d'un master au sein des écoles du professorat.

Il conviendrait de renforcer les formations des professionnels de santé par le biais du DPC (Développement Professionnel Continu), avec une offre propre à chaque profession et aussi une offre commune. Là encore, il est à noter que les infirmier.ères de l'Education nationale attendent la mise en place d'un DPC spécifique à leur exercice.

4. Quels sont les freins et obstacles à prendre en compte pour la mise en oeuvre du parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation de l'enfant entre 0 et 6 ans?

- ❖ **Blocages corporatistes à la mise en oeuvre des politiques du MEN et des textes de 2015** : Nous observons, par des intrusions très corporatives, que la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves n'est pas mise en place dans certaines académies. En effet, l'opposition frontale des syndicats de médecins relayée par les médecins conseillers technique y a largement contribué. Il persiste une réelle difficulté pour nos collègues médecins à s'ancrer au coeur d'une politique éducative sociale et de santé conduite au sein des établissements d'enseignement par l'ensemble de l'équipe pédagogique et éducative. Là encore, une formation commune au sein des ESPE pourrait améliorer cet état de fait, d'autant plus que cette problématique n'est pas nouvelle. De manière constante depuis 1984, date de dissolution de la santé scolaire, les médecins ont toujours refusé que le ministre de l'Education nationale soit responsable de la santé des élèves avec des conséquences évidentes en matière de structuration, de hiérarchie et de "rendre compte" inexistant, contrairement aux infirmier.ères qui, depuis 1947, œuvrent au quotidien au sein des établissements scolaires au service de la réussite scolaire.

- ❖ Volonté affichée des médecins scolaires de détourner les infirmier.ères de l'Education nationale de leurs missions d'accueil et d'expertise dans les projets de prévention afin de les cantonner à un rôle de secrétaire ou d'assistant.e médical.e pour répondre à leurs difficultés professionnelles et statutaires. Cette posture entraîne, sur le terrain, des tensions corporatistes génératrices de conflits.
- ❖ Défaut de gouvernance et d'impulsion de la réforme de la politique éducative sociale et de santé.
- ❖ Défaut de formations professionnelles et pluriprofessionnelles
- ❖ Mise en place d'une réforme ambitieuse sans réflexion sur la répartition des moyens dont dispose le MEN.
- ❖ Absence d'indicateurs fiables permettant de mesurer la mise en oeuvre de cette réforme et son impact sur la santé des élèves et leur réussite scolaire. Appliquons la loi, et ensuite mesurons là, et nous pourrons, à ce moment seulement, proposer des réadaptations. A contrario, nous sommes devant des propositions de modèles que nous avons déjà largement connus et qui ont démontré leur inefficacité tant en matière de dépistage que d'éducation à la santé, et à fortiori en matière de promotion de la santé qui s'appuie sur un ensemble d'acteurs qui ne sont pas que des professionnels de santé, fussent-ils médecins et infirmier.ères.
- ❖ Manque de professionnels de santé, manque criant d'infirmier.ères de l'Education nationale pour répondre aux besoins exprimés des élèves.

Moyens infirmiers à l' éducation nationale:

Pour répondre aux besoins de santé des élèves, les créations de postes d'infirmiers ont eu lieu de manière constante au cours de ces années avec des amplitudes variables selon les gouvernements. Il est à noter que les plus grandes vagues ont eu lieu entre 2003 et 2012 avec 1550 créations de postes. En 1999, soit 8 ans après la création du Service de Promotion de la santé, nous avons 5932 infirmier.ères en poste et nous en avons 7743 devant élèves en 2016 plus 141 postes administratifs. Alors que les textes de 2015 ont renforcé le rôle "pivot" des infirmier.ères

de l'Education nationale tant dans la dimension individuelle (consultations à la demande) que dans la dimension collective (expertise projet de santé et parcours éducatif de santé, dimension partenariale renforcée), seulement 100 postes ont été créés depuis 2015, alors que les moyens faisaient déjà défaut sur le second degré et que la présence des infirmier.ères de l'EN sur le premier degré nécessiterait des moyens supplémentaires.

Les infirmier.ères de l'EN ont une obligation de travail annuelle devant élèves de 1447 heures. Ils.elles sont nommé.es obligatoirement dans des établissements du second degré public, non pas pour exercer des missions de type "dépistages systématiques" comme « *au bon vieux temps* » de la santé scolaire, mais pour répondre aux besoins des élèves qui viennent les consulter dans leurs infirmeries et pour apporter leur expertise et leur soutien au développement des projets éducatifs de santé au sein des établissements d'enseignement. Ainsi, leur première mission est : *“La mission de l'infirmier-ière est d'accueillir et d'écouter les élèves qui lui sont confiés afin de déterminer leurs besoins de santé, de contribuer à leur éducation en vue de leur insertion sociale et professionnelle. Il-elle les aide à développer leur esprit critique, à construire leur autonomie et à élaborer un projet personnel en matière de santé. Il-elle se préoccupe également de développer la réflexion des élèves sur le sens et la portée des valeurs qui sont à la base de nos institutions, et de les préparer au plein exercice de la citoyenneté.”* (cf.circulaire n°119-2015). Les missions des IDE telles que définies par la circulaire N° 119-2015 de novembre 2015 sont en rapport avec les 15 millions d'élèves qui viennent librement les consulter dans les infirmeries.

Seulement 7743 postes d'infirmier.ères de l'EN devant élèves pour :

- Accueillir, accompagner et répondre aux besoins de santé de 5 842 700 élèves du 1er degré public, de 4 436 900 élèves du second degré public et de plus de 2 300 000 étudiant.es.
- Couvrir et accompagner les équipes et les projets éducatifs de santé des 7815 établissements publics du second degré et des 45 401 écoles publiques ainsi que de toutes les universités.
- Effectuer un bilan de santé de droit à tous les élèves dans leur douzième année. L'effectif des enfants de 12 ans scolarisés dans l'enseignement public s'élevant à 598 327 élèves, cela représente (selon les mêmes modalités et charges que pour les médecins) 598 327 heures travaillées, soit 402 ETPTA qui doivent être consacrés à cet examen de dépistage obligatoire.

Il est sans doute important de noter ici, que les INFENES n'ont pas de secrétaire pour les aider à la réalisation de ces bilans (constitution des dossiers, coordination, prise de RDV, informations en direction des enseignants et des écoles, compte rendus, suivi des dossiers, relance et communication, contact avec partenaires internes et externes etc...).

5. Quels seraient les leviers mobilisables pour réussir la mise en oeuvre du parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation de l'enfant entre 0 et 6 ans?

- **Etablir un diagnostic et/ aller vers une évaluation fiable des politiques existantes:**

- ⇒ moyens RH, activité et répartition des acteurs, recours aux soins suite aux dépistages, impact réel des politiques en cours et notamment des examens de dépistage ...

- ⇒ Se doter d'indicateurs fiables

A l'Education nationale, les objectifs politiques sont définis dans une norme réglementaire exhaustive, les outils existent, reste la volonté de les faire vivre. Là effectivement, il y a carence, et ce depuis 2001, la Direction Générale de l'Enseignement Scolaire (DGESCO) se refusant à réaliser les collectes et analyses statistiques d'une part et d'autre part les indicateurs de la LOLF étant réduits, en ce domaine, à leur plus simple expression. Améliorons les outils de collecte des indicateurs et dotons nous d'indicateurs fiables.

- **Eviter une focalisation sur le bilan de dépistage à 6 ans au détriment des autres bilans qui ont lieu plus précocement ou des autres piliers de la réussite d'un parcours de santé comme les recours aux soins.**

- **Renforcement des moyens RH à l'Education nationale pour permettre d'atteindre une meilleure efficacité:**

- ⇒ Une création massive d'emplois infirmiers pour permettre un accompagnement et un suivi infirmier des élèves dès leur entrée dans la scolarité.

- ⇒ Reconnaître et améliorer la capacité des infirmières de l'EN à répondre aux besoins des élèves. Il est également à noter que la revendication du SNICS FSU, depuis sa création

en 1992, est une formation universitaire en ESPE pour tous.les les infirmier.ères de l'Education nationale combinant des apports professionnels spécifiques à notre profession et des formations communes avec les autres personnels enseignants. Par ailleurs, les textes sur le parcours éducatif de santé renforcent la nécessité de ces formations communes. Nous souhaitons que cette formation des infirmier.ères soient validée et reconnue par un diplôme de master et que notre exercice à l'education nationale soit reconnue comme une specialité.

- **Renforcer les dispositifs d'accompagnement à la parentalité et d'aide sociale. *L'école a vocation de permettre la réussite de tous les élèves quelles que soient leurs situations sociales et territoriales. Elle doit pouvoir envisager l'enfant ou l'adolescent dans sa globalité et traiter les questions sociales en son sein et en lien avec ses partenaires, pour amorcer des pistes de solutions et, le cas échéant, proposer un accompagnement social à l'élève et sa famille.***

- ⇒ Favoriser l'accès aux droits (CPAM, CAF, CMU, fonds sociaux,etc...)
- ⇒ Favoriser l'intervention précoce des services spécialisés
- ⇒ Soutenir et accompagner les parents dans leur rôle éducatif

- **Renforcer la réalisation de la visite médicale de la 6 ème année:**

- ⇒ en mettant en oeuvre les textes de 2015 dont l'arrêté du 03 novemebre et en ouvrant la réalisation de cet examen de santé à la médecine de ville (lettre d'olivier de Noblecourt du 09 novembre 2016)
- ⇒ Codifier les bilans de la 6ème année pour permettre la réalisation concrète par les médecins généralistes et prévoir le DPC à ce sujet
- ⇒ Mettre les moyens médicaux en face des besoins :
 - Etablir une carte fiable des territoires ou il existe des zones de tensions// désert médicaux etc... Attention

disparité cachée, beaucoup de moyens médicaux en ville et zones péri-urbaines au détriment des zones rurales

- Rechercher une meilleure couverture par l'amélioration de la répartition des moyens. Eviter les chevauchements inutiles, les doublons.
- Etablir une nouvelle carte des postes de médecins de l'Education nationale au regard du nombre d'élèves dans leur 6^{ème} année.
- Coordonner la répartition des moyens entre PMI et médecins de l'Education nationale
- Développer l'accueil d'internes en médecine à l'EN pour venir en appui aux médecins scolaires. (NB: Les internes en médecine accueillis dans les maisons de santé réalisent des journées entières de consultations médicales rémunérées sans la participation du médecin. Les stages d'internes pourraient à eux seuls couvrir une partie des besoins)
- En cas de besoin, mettre en place des conventions avec les centres de santé mutualistes et ceux de la CPAM et/ou utiliser des conventions incitatives auprès des maisons de santé pluri-professionnelles (médecins libéraux – internes en médecine).

▪ **Favoriser le travail en réseau:**

- ⇒ Amélioration des formations professionnelles et pluri-professionnelles de l'ensemble des acteurs du parcours
- ⇒ Améliorer la connaissance du fonctionnement de la mission de promotion de la santé à l'Ecole par différents supports d'information et /ou dispositifs.
- Formation des professionnels de santé mais aussi des professionnels de l'accueil et de l'éducation.
- Actions de formation et d'information en direction des enseignants du 1er degré: clarification des missions de chacun, outils de communication et transmission d'informations, entretiens à la demande, possibilité de permanences etc... ,

- Et surtout, en direction des parents. La malette des parents ne comprend aucune information sur les missions des professionnels de santé de l'Education nationale ni sur les moyens de les rencontrer. Les parents et les élèves ont accès gratuitement à leur demande et pour quelques motifs que ce soit à un professionnel de santé. L'infirmier.ère de l'Education nationale est disponible tout au long de la scolarité de leur enfant et sur le lieu même de scolarisation ou directement à proximité (Collège de secteur et écoles de rattachement).

D'une manière plus générale, il convient de (re)mettre les parents au coeur du dispositif en leur reconnaissant une véritable place d'acteurs dans le parcours de leurs enfants. Avec l'accord des parents, le signalement d'un risque doit faire l'objet d'une transmission et d'un suivi vers le professionnel compétent.

- **Améliorer et renforcer la communication entres les acteurs de ce parcours et limiter la perte d'informations et les avis contradictoires.**

- ⇒ Renforcer l'utilisation du carnet de santé pour permettre une meilleure coordination des acteurs, éviter les doublons, les conseils ou orientations qui peuvent parfois être ou sembler contradictoires par défaut de communication. Eviter les doublons de saisie sur d'autres supports.
- ⇒ Créer des outils et méthodes de communication et de coordination de l'ensemble des acteurs de ce parcours dans le respect des règles professionnelles.
- ⇒ Améliorer les liaisons et partenariats entre les acteurs de ce parcours et notamment entre le médecin traitant de l'enfant et l'infirmier.ère de l'Education nationale.
- ⇒ Harmoniser les outils informatiques entre la PMI et l'Education nationale pour la transmission des examens de santé de la 4ème année de l'enfant, depuis la PMI vers les médecins de l'Education nationale. Chaque académie et chaque département ayant opté pour des outils différents, il en résulte dans un grand nombre de cas une incompatibilité des logiciel informatiques qui amène ces services à repasser par le format papier pour la transmission des données des examens et pour le suivi des avis. Un véritable gachis,

économique, écologique et humain sans compter que les informations arrivent parfois après la réalisation de la visite médicale de la 6^{ème} année .

⇒ Moderniser les outils et techniques de travail des secrétaires médicoscolaires (outils numériques à mettre en place)

▪ **Renforcer les instances de travail, de rencontre et de coordination des professionnels :**

○ A l'Education nationale, favoriser la mise en oeuvre du parcours éducatif de santé (PES) et renforcer le fonctionnement et le rôle des CESC et des CESC interdegré.

○ Favoriser la participation des professionnels sociaux et de santé du bassin d'éducation à ces instances en le reconnaissant comme un temps de travail pour les salariés et en mettant en place le financement pour les libéraux.

○ Renforcer la dimension partenariale du travail des infirmier.ères de l'Education nationale (renforcement des moyens humains et reconnaissance de la nécessité du travail en réseau)

▪ **Maintenir 20 examens de santé de 0 à 6 ans . Cette période de développement est déterminante pour le bon développement de l'individu. Nous ne soutenons pas l'article 37 du PLFSS en l'état car rien ne justifie le déplacement de trois examens de santé de la petite enfance vers un âge plus avancé (9 ans âge de latence, 12 ans examen réalisé par les infirmier.ères de l'Education nationale et 15 ans devrait être effectué en sus et non à la place de...)**

6. Quelle serait la gouvernance du dispositif la plus efficace et pertinente?

Partir de cette question, c'est déjà avoir acté le postulat qu'aucune gouvernance n'existe ou qu'elle est non opérationnelle ce qui, à défaut d'être totalement erroné, n'est pas une vérité.

Pour les enfants de 3 à 6 ans, une gouvernance existe, celle du ministre de l'Education nationale. Un ensemble cohérent de textes (lois, arrêtés et circulaires) acte la responsabilité du ministre de l'Education nationale en matière de santé des élèves dans le but de réduire les inégalités sociales constatées, en lien direct avec la réussite scolaire de tous les élèves. Afin d'accompagner cette politique éducative sociale et de santé, une gouvernance rénovée est instaurée à tous les échelons du système éducatif afin de gagner en lisibilité :

- ✓ **A l'échelon national** : la gouvernance et le pilotage de la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves relèvent exclusivement de la compétence du ministre chargé de l'Education nationale. La DGESCO est chargée d'impulser la politique nationale, de la coordonner et d'en établir le bilan.
- ✓ **A l'échelon académique** : le recteur élabore la politique sociale et de santé en tenant compte des priorités nationales, du contexte local et des spécificités des territoires dans le cadre de son projet académique. Il définit ses priorités à partir de la réalisation d'un diagnostic et se dote d'indicateurs de suivi en s'appuyant sur une cellule réunissant notamment ses conseillers techniques.
- ✓ **A l'échelon départemental** : sous l'autorité du directeur académique des services de l'Education nationale, la politique sociale et de santé en faveur des élèves définie au niveau académique est mise en oeuvre en fonction des spécialités locales des acteurs de cette politique. Une coordination fonctionnelle entre les niveaux départemental et académique est conservée. Un bilan de l'action est présenté annuellement au comité technique départemental (CTSD) et au conseil départemental de l'Education nationale (CDEN)
- ✓ **A l'échelon local** : la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves trouve sa déclinaison au plus près de l'élève dans le cadre du projet d'école et du projet d'établissement. L'organisation en réseaux est à privilégier, réseaux inter-établissements et réseaux école-collège.

En ce sens, sous peine de perte de cohérence, la politique éducative sociale et de santé du MEN doit relever de la compétence du ministre de l'Education nationale, s'appuyer sur la gouvernance de celle-ci et être de la responsabilité des différents échelons décisionnels de ce ministère,

Administration centrale, Rectorats, Chefs d'établissements et I.E.N (Inspecteurs de l'Education Nationale).

Toute hiérarchie parallèle viendrait fragiliser, déresponsabiliser les différents échelons et ainsi donner à voir que le lien entre réussite scolaire et santé à l'école n'existe que très partiellement.

Une gouvernance efficace et pertinente existe à condition qu'elle soit mise en oeuvre. Ce qui nécessite, en plus d'un courage politique , une impulsion volontariste et la levée des freins.

7. Expériences/dispositifs/initiatives transférables et potentiellement généralisables, à porter à la connaissance de la mission, pour réussir la mise en oeuvre du parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation de l'enfant entre 0 et 6 ans

- Mise en oeuvre au sein des Rectorats des textes de 2015 et de la Lettre du 09 novembre d'Olivier de Noblecourt- ancien directeur de cabinet du MEN qui préconise une coordination entre la médecine de ville et l'Education nationale pour la réalisation de la visite médicale de la 6ème année "en cas de manque de médecins de l'Education nationale", cf annexe III.
- Mise en place de contrat d'objectifs tripartites : Ministère Education nationale-Ministère des solidarités et de la santé santé et les collectivités territoriales.
- Financement des formations professionnelles et des instances de travail par l'ARS (accès promotion de la santé et prévention et contrats locaux de santé)
- Conventionnement ARS pour améliorer le financement de la médecin de ville pour la réalisation du bilan de la 6ème année.

8. Divers

- **annexe I** : historique profession infirmière education nationale et apports des textes de 2015
- **annexe II** : lettre du Directeur cabinet du MEN novembre 2016 " en cas d'absence de médecins"
- **annexe III** : lettre du SNICS au Président de l'académie de médecine