

L'ACTION INTERSYNDICALE : QUESTIONS / REPONSES

1. **Carrière – rémunération (p1-4)**
2. **Action intersyndicale et missions du médecin (p5-11)**
 - a. **Généralités (p5)**
 - b. **La taille des secteurs (p6)**
 - c. **Les avis d'aptitude aux travaux réglementés (p7)**
 - d. **Les avis médicaux pour aménager les conditions d'examens (p9)**
 - e. **Les PAI (p10)**
3. **Action intersyndicale, hiérarchie et partenaires (p12-14)**

1. Carrière – rémunération

Qui décide du nombre de titulaires par académie ?

C'est le ministère de l'Education nationale (DGRH) qui décide de la répartition des postes de médecins sur le territoire national. La dotation de médecins EN par académie n'a pas changé depuis plus de 10 ans. Le budget de la rémunération des médecins est voté dans le projet de loi de finance annuel à l'Assemblée nationale. Il est versé au BOP 230. C'est un budget global qui englobe la rémunération des médecins, des AESH, des AED, ... donc lorsque les postes de médecins ne sont pas pourvus, la fongibilité du budget permet d'être utilisé pour rémunérer des AESH ou des AED.

Qu'en est-il des primes REP / REP + ?

« Suite au décret n° 2022-1534 du 8 décembre 2022 modifiant le décret n° 2015-1087 du 28 août 2015, le versement des indemnités RÉP/RÉP+ est élargi pour certains corps dont les personnels sociaux et de santé et prévoyait le versement l'indemnité RÉP/RÉP+ à compter du 1er janvier 2023. » (Article disponible dans le bulletin n° 117 – juin 2023 du SNMSU UNSA, page 6)

Ces primes seront désormais modulées : une part fixe et une part variable en fonction d'objectifs fixés par académie. Ces deux parts sont proratisées en fonction de la quotité de temps de travail passée en REP ou REP+. L'arbitrage du mode de calcul est rectoral. Il devait être arrêté pour septembre 2023 et permettre de régulariser les primes impayées ou trop-perçues.

Nous avons alerté le ministère sur le fait que la quotité de travail reste difficilement évaluable pour les médecins qui ont des secteurs mutualisés et

interviennent ponctuellement sur des REP/REP+. Les MCTD sont force de propositions pour l'attribution des primes REP/REP+.

Peut-on espérer une négociation pour nos salaires et une revalorisation indiciaire ? Où en sont les négociations pour la revalorisation des médecins conseillers techniques ?

Nous avons une prochaine date d'audience avec la Direction Générale des Ressources Humaines (DGRH) du ministère le 4 avril 2024 au sujet de la revalorisation des médecins de l'EN.

Vos syndicats œuvrent à chaque audience pour négocier une revalorisation indiciaire pour tous les MEN. Depuis 10 ans, cette revendication a toujours été refusée. Les arguments présentés sont que notre grille indiciaire est alignée sur celle des médecins territoriaux (PMI) et des médecins inspecteurs de santé publique. Ce qui est faux puisque la carrière du médecin EN n'évolue ni aussi fluidement (taux de promotion en 1ère classe et hors classe qui freinent les carrières) ni aussi haut.

Cependant à la dernière réunion avec la DGRH, celle-ci a évoqué la construction d'un corps polyvalent de médecins de santé publique qui pourrait être l'occasion de réviser la grille indiciaire.

Nous défendons aussi une révision des groupes de MCT et nous dénonçons l'aberration de la grille des MCT de groupe 3 dont la progression finale est moins avantageuse que la grille de médecin de secteur !

Est-il normal d'être encore en 2ème classe après 17 ans ?

Le passage en 1ère classe est assujéti à un taux de promotion de 21 % des promouvables du corps. Ce taux n'a pas été réévalué depuis 2020 malgré nos revendications. C'est très peu (si 100 médecins sont promouvables sur tout le territoire national, il n'y aura que 21 médecins qui seront promus pour toutes les académies). Certains collègues vont donc devoir attendre longtemps en seconde classe, sachant que la priorité est donnée à ceux qui sont plus avancés en âge et en ancienneté dans l'échelon le plus élevé en seconde classe. Pour information, en 2023, il n'y a eu que 35 promotions en 1ère classe. Nous dénonçons cette situation depuis des années. A la PMI, l'avancement se fait avec un taux de promotion plus élevé. La réponse du ministère est que nous sommes logés à la même enseigne que d'autres corps de métier de l'EN et que notre taux de promotion est l'un des plus élevés de l'EN ... Ce qui est faux si on regarde par exemple le taux de promotion des IEN (30 % en 2025).

Pour accéder à la première classe (puis au grade « hors classe »), il faut remplir des critères d'ancienneté d'une part et soumettre un dossier d'autre part à la DGRH du ministère. Le service gestionnaire du médecin et / ou son médecin CTD informe théoriquement le médecin des procédures de promotion. Tout agent doit avoir un entretien professionnel annuel, en l'absence de MCT, l'entretien professionnel est réalisé par le DASEN ou la personne désignée par le DASEN. Ce Compte Rendu d'Entretien Professionnel (CREP) doit être adressé au rectorat qui fait remonter au ministère la liste des médecins promouvables par ordre de classement établi par le recteur sur proposition du MCTR après concertation avec les MCTD selon un calendrier bien précis. La DGRH construit le tableau d'avancement suivant les propositions des rectorats et les arbitrages se font grâce au CREP : il faut donc demander à votre supérieur hiérarchique d'assurer cet entretien et veiller à son contenu.

Quand la prime SEGUR sera-t-elle versée aux MEN ?

La prime SEGUR a été obtenue par les personnels soignants hospitaliers puis par les soignants de la fonction publique territoriale mais pas par les soignants de l'EN. Il n'en sera plus question. A la place, le ministère a décidé une augmentation de notre IFSE (revalorisations 2022 et 2023).

Pour nous, le compte n'y est pas puisque la prime Ségur est un complément de traitement qui peut être indiciaire et correspond à un certain nombre de points indiciaires et à ce titre entre dans le calcul de la retraite.

Une nouvelle audience au ministère est-elle prévue ?

Oui : le 4 avril 2024 à la DGRH, mais nous souhaitons une audience avec la conseillère sociale de la ministre et ou la DGESCO car les problématiques sont vastes : pilotage, mission, salaire, conditions matérielles, expérimentations de décentralisation.

Les médecins contractuels ont-ils droit aux primes ? pourquoi leurs salaires sont nettement plus élevés que ceux des titulaires ?

Les contractuels peuvent négocier leur contrat à l'embauche. Il est prévu que progressivement, les emplois de la fonction publique soient rémunérés de manière égale quelque soit le statut titulaire ou contractuel (travail égal, salaire égal). La différence de traitement sera faite suivant l'ancienneté dans la fonction, l'expérience acquise du professionnel, et nous militons pour la prise en compte des formations universitaires acquises ou faite à l'EHESP. Nous revendiquons pour les contractuels l'obligation d'une formation à l'emploi de qualité afin de

maintenir toutes les compétences des médecins scolaires et nous souhaitons que soit revue les modalités du concours.

Le régime indemnitaire (primes) n'est pas prévu réglementairement pour les contractuels mais certains le négocie à l'embauche. C'est possible, ce n'est pas interdit. C'est ce qui se fait en PMI.

N'est-ce pas la mort des MEN annoncée avec le discours d'ATTAL et la revalorisation annoncée des IDE ?

Actuellement, mécaniquement, le corps des médecins est appelé à disparaître sous 5 ans. Les infirmiers ont obtenu une revalorisation justifiée car, comme nous, en décalage salarial avec les autres postes d'infirmiers de la fonction publique. Reste à positionner le rôle de chacun en complémentarité.

Nous devons faire comprendre que les infirmiers ne feront pas le travail des médecins, que nous ne sommes pas interchangeables et apportons chacun nos compétences : les infirmier.e.s l'écoute, le repérage, le dépistage, la mise en œuvre et l'application des protocoles ; on attend des médecins qu'ils posent des diagnostics médicaux sur des situations complexes et qu'ils conseillent les équipes pédagogiques à l'issue des diagnostics posés.

Qu'en est-il du Développement Professionnel Continu ? comment se fait-il que notre employeur ne finance pas notre formation continue ?

La question est soulevée régulièrement auprès du ministère et des Ecoles académiques de formation. Le ministère a pris acte de cette nécessité mais argue comme frein le lourd budget que représente la formation des médecins. En plus du financement, il est indispensable que notre employeur favorise notre participation à des formations de qualité, universitaires, hospitalières et autorise nos absences pour cela. Les médecins doivent conserver tous les justificatifs de présences aux formations.

Nous redisons l'urgence de mettre en œuvre ce DPC : dans 9 ans, les collègues seront assujettis à une recertification mettant en jeu leur capacité d'exercer le métier de médecin. C'est une forte préoccupation de nos syndicats.

2. Action intersyndicale et missions du médecin

a. Généralités

La priorisation des missions réaffirmant notre rôle ne pourrait-elle pas être faite au niveau national ? Une redéfinition de nos missions est-elle envisagée ?

A ce jour, malgré nos demandes répétées et les conclusions des rapports successifs qui vont en ce sens, aucune discussion ni arbitrage n'est envisagé sur ce sujet. C'est pourquoi nous avons lancé ce grand mouvement de mobilisation des médecins scolaires.

Question de CT : le DASEN vient de redéfinir mes missions, en a-t-il le droit ?

Le DASEN peut prioriser des missions à condition de rester dans le cadre réglementaire du texte qui régit les missions de MCT.

Guidé par le code de déontologie médicale, le médecin reste l'organisateur de ses priorités. D'autant que la circulaire des missions restant inchangée, le médecin doit hiérarchiser ses tâches. Face aux besoins de santé constatés le médecin peut justifier son activité. En tant que médecin salarié, et suivant le code de déontologie, il ne peut être question d'une activité gérée par un rendement.

« En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce. » art 95 du code déontologie médicale

Pourquoi ne pas boycotter Esculape ?

Esculape est très inégalement utilisé sur les territoires (de « pas du tout utilisé » à « utilisé pour toutes les missions »). Les manières de renseigner les items sont très disparates et ne permettent pas une exploitation correcte des données saisies. Le tableau de bord actuel n'est pas exploitable (y compris pour nos statistiques d'activité), boycotter Esculape n'aurait pas d'effet sur le plan national car l'outil est trop peu performant et trop peu utilisé pour que cela ait un impact.

Cependant, nos revendications portent aussi sur les moyens dont nous disposons pour exercer nos missions. Nous avons fait remarquer, lors de notre dernière audience par le cabinet d'Elisabeth Borne, que le ministère de la santé a engagé un grand plan du numérique en santé porté par l'agence du numérique en santé : [L'ANS au cœur de la transformation numérique en santé | Agence du](#)

[Numérique en Santé \(esante.gouv.fr\)](https://esante.gouv.fr). Des critères bien spécifiques sont définis pour les outils numériques utilisés par des médecins (confidentialité, éthique, sécurité, ...) : boîtes mails sécurisées, téléconsultations, applications métiers, etc... L'Education nationale ne s'inscrit pas dans cette politique. Nous n'en bénéficions pas. Nos outils ne sont pas adaptés et nous le dénonçons.

Comment reprendre nos places dans les formations ?

En prenant contact avec ceux qui les assurent actuellement ou qui en sont responsables. Les formations sont pilotées par les Ecoles Académiques de formation de chaque rectorat et les INSPE.

Que répondre quand nous sommes sollicités pour différentes commissions ? orientation absentéisme ? Devons-nous arrêter les commissions puisque on ne voit pas les élèves ?

Si notre administration a besoin de l'avis d'un médecin dans une commission, c'est que nous devons lui donner un avis éclairé sur la situation. Cela nécessite de notre part une expertise donc un examen clinique. Si nous n'avons pas les éléments exhaustifs pour notre expertise, nous ne sommes pas en mesure de nous prononcer. On peut donc aller aux commissions et ne donner un avis que sur les situations expertisées ou bien refuser de s'y rendre faute d'avis à donner ou encore adresser un avis écrit par courrier sur les situations expertisées.

b. La taille des secteurs

Comment résister aux demandes pressantes d'agrandissement de nos secteurs ? Comment se positionner quand une partie de notre secteur est en distanciel ?

Agrandir un secteur, c'est dégrader les missions du médecin sur ce secteur. Chaque médecin doit fixer ses lignes rouges. Il faut expliquer qu'un médecin a un temps médical limité : élargir un secteur n'augmentera pas le nombre d'élèves vus. Cela augmente notre responsabilité mais pas les possibilités de voir plus d'élèves. Nous avons proposé une lettre de responsabilité à remettre au DASEN dans ce cadre-là.

Rappelons que le secteur idéal pour un médecin scolaire définit par les textes est 5000 /7000 élèves par ETP (la CPAM considère qu'un médecin généraliste a une patientèle moyenne de 1300 patients pouvant aller jusqu'à 2500) ; il se définit aussi de façon géographique puisque l'intérêt d'un secteur est la parfaite connaissance des partenaires. Un secteur trop dense, ou trop étendu géographiquement ne permet pas d'exercer nos missions correctement !

Devons-nous intervenir dans les établissements privés ?

Les médecins sont rattachés aux DSDEN et sont affectés aussi aux établissements privés sous contrat. Cependant, de nombreux territoires priorisent d'ores et déjà les établissements publics.

Comment gérer un secteur non couvert en distanciel ? La téléconsultation : quelle place ?

La téléconsultation, avec un moyen de système vidéo qui prend en compte le langage non verbal, la possibilité de tests est envisageable. Certains centres de référence autisme l'utilisent, les orthophonistes et les psychologues, les pédopsychiatres aussi : encore faut-il avoir les outils adaptés (ce qui n'est pas le cas).

Notre action syndicale va à l'encontre de la prise en charge de secteur découvert en distanciel au regard de la dégradation du service rendu et de sa dénaturation. Pour consulter à l'hôpital, dans les centres de références, les familles sont prêtes à se déplacer, même en transport en commun. Il en est de même pour nous. Une famille qui se déplace après que l'enfant ait été adressé par l'infirmière, la psychologue ou l'AS : nous sommes en mesure d'apporter notre expertise. Le relais sur le territoire et vers les partenaires sera fait par courrier et accompagné par l'infirmière.

Certains médecins de secteur ne veulent pas quitter leur secteur pour répondre aux besoins des populations, comment faire ?

Lorsque les médecins refusent de se déplacer, il faut en rechercher la cause : pénibilité ? horaires ? frais de déplacement ? local d'accueil et moyens disponibles ? temps perdu dans les transports ? absence de secrétariat qui assure la présence des pièces nécessaires à la consultation ? N'oublions pas que, malgré la pénurie dans de nombreux secteurs, les ophtalmologistes ne font pas 2h de route pour aller examiner un enfant dans un couloir entre le bureau du directeur et les WC !

c. Les avis d'aptitudes aux travaux réglementés

Pour les travaux réglementés : qui les réalise dans les départements sans médecins ?

Des médecins contractuels sont recrutés à la mission par les rectorats. Comme pour tout contrat, celui-ci est négocié par le médecin avec l'employeur

(conditions d'exercice, horaires, rémunération, ...) Ces contrats sont ponctuels et à renouveler chaque année. La situation, selon les territoires, est donc fragile. Dans certains territoires, il est demandé aux familles de se tourner vers leur médecin traitant pour signer l'avis médical d'aptitude (c'est ce qui se fait dans la filière agricole). Chaque médecin traitant, en conscience, est libre de signer ou pas un certificat (sauf certificat de complaisance puni par la loi). Cependant, la réglementation en vigueur, impose que cet avis d'aptitude soit délivré par le médecin du travail ou le médecin chargé du suivi médical des élèves.

« Avant toute affectation aux travaux réglementés, prévus aux référentiels de formation et définis dans la convention de stage, le jeune doit bénéficier d'un « avis médical d'aptitude », valable pour un an, délivré par le médecin du travail ou le médecin chargé du suivi médical des élèves et des étudiants (art. D. 717-38 du Code rural et de la pêche maritime et R. 4153-40 du Code du travail). « Il convient de souligner que cet avis médical n'est pas donné pour une aptitude à un poste de travail ou de formation mais pour une aptitude à suivre une formation professionnelle qui nécessite d'affecter le jeune à des travaux réglementés. Le médecin compétent pour ce jeune doit donc apprécier si son état de santé physique ou psychologique ne contre-indique pas son affectation à tel ou tel type de travaux. De ce fait, un seul avis médical vaut pour tous les lieux dans lesquels se déroulera cette formation professionnelle, aussi bien dans l'établissement de formation qu'en entreprise » (Extrait de la circulaire interministérielle n° 11 du 23 octobre 2013). »

Pour les travaux réglementés, est-il légal de ne voir que les élèves de première année ?

<https://eduscol.education.fr/684/les-travaux-reglementes>

La réglementation prévoit un examen médical annuel pour les élèves en filière soumise à dérogation entre l'âge de 15 ans et de 18 ans. De nombreux départements priorisent les examens en première année de formation. Les examens des 2ème et 3ème années de formation ne sont pas réalisés, faute de ressources humaines, sur une partie croissante du territoire national.

Remarque : le rapport des inspections générales sur la médecine scolaire rapporte que les médecins de l'EN n'auraient pas les compétences pour statuer en faveur ou non d'une aptitude à ces travaux réglementés. Il est demandé dans ce rapport que le sujet fasse l'objet d'une réflexion, notamment sur la périodicité de l'obligation.

Comment faire pour réaliser des examens médicaux dans les écoles si nous n'avons pas de local adapté ?

« Il doit disposer, pour l'exercice de ses fonctions, d'une installation convenable et de moyens techniques suffisants, ainsi que d'un personnel compétent ». art 95 du code de déontologie médicale – exercice salarié de la médecine.

Le médecin est seul juge pour définir le lieu le plus approprié (accueil, dossier, matériel, confidentialité, ...) pour recevoir l'enfant. L'examen peut se faire dans

un centre médico-scolaire, un bureau de consultation ou un établissement scolaire. A vous de déterminer vos conditions pour garantir un examen de qualité. Il faut toujours se demander si vous, en tant que patient, ou si votre enfant apprécierait d'être reçu tel que les médecins scolaires sont réduits à le faire : locaux indécents, bruits, pas d'isolations acoustique, pas de lumière, pas d'accès aux PMR, pas de connexion ... Nous ne sommes pas des sous médecins, s'excusant presque de prendre un peu de place, celle qu'on leur laissera pour faire leur travail.

d. Les avis médicaux pour aménager les conditions d'examens

Les aménagements aux examens se font sans voir les élèves : comment faire ?

C'est bien l'exemple d'une mission demandée qui perd totalement son sens car elle est complètement déconnectée d'une analyse clinique de la situation.

Exemple : Deux jeunes qui ont un trouble partiellement compensé du langage écrit n'auront pas besoin des mêmes compensations. Lorsque nous donnons un avis sur dossier, nous donnons un avis « dégradé » de faible qualité car trop éloigné de la clinique du moment.

Aucun texte ne nous contraint à donner un avis médical sur dossier !

La MDPH peut-elle imposer le traitement des aménagements d'examens ?

Les conditions d'aménagements des examens pour les élèves en situation de handicap sont octroyées par les recteurs sur avis médical d'un médecin désigné par la CDAPH. Il faut donc, à minima, un arrêté de désignation du médecin par la CDAPH.

Le conseil national de l'ordre des médecins, consulté par nos syndicats sur ce sujet, a bien redit que cette « mission » ne pouvait pas être imposée à un médecin, quel qu'il soit, sans son accord préalable. Ainsi, il n'est pas possible pour une CDAPH de désigner tous les médecins libéraux (ou scolaires) d'un département sans leur accord préalable. Ils peuvent dénoncer cette désignation auprès de l'ordre des médecins si leur accord n'est pas respecté. Nous invitons les collègues à faire de même depuis plusieurs années.

Les aménagements des examens sont-ils dans les missions des médecins CT ?

La Circulaire n° 2015-118 du 10-11-2015 : Missions des médecins de l'éducation nationale / memento du SNMSU, tome 2 p40

Dans le chapitre « des élèves en situation de handicap » il est écrit :

« Le médecin de l'éducation nationale pourra donner utilement son avis : ...- pour l'aménagement des conditions de passation des examens ou concours »

Pour les MCT dans le chapitre 2.4. Activités spécifiques : « Le médecin conseiller technique responsable départemental apporte son expertise dans l'analyse de demandes particulières dans le cadre des aménagements de la scolarité (assistance pédagogique à domicile, centre national d'enseignement à distance).

Il participe au niveau départemental aux commissions spécifiques de l'éducation nationale et dans le cadre de ses compétences, à toute autre instance de coordination des services départementaux de l'éducation nationale. »

Le code de l'éducation Article D. 351-28 : « Les candidats sollicitant un aménagement des conditions d'examen ou de concours adressent leur demande à l'un des médecins désignés par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. Le médecin rend un avis, qui est adressé au candidat et à l'autorité administrative compétente pour ouvrir et organiser l'examen ou le concours, dans lequel il propose des aménagements. L'autorité administrative décide des aménagements accordés et notifie sa décision au candidat. »

En conclusion, seul un médecin désigné par la CDAPH est compétent pour l'avis à l'administration. Le médecin EN peut être désigné (ou pas) par la CDAPH s'il donne son accord pour cette mission mais ce n'est pas dans ses missions propres. Ainsi le médecin EN, *CT ou de secteur*, peut donner un avis au même titre que tout médecin traitant qui serait désigné par la CDAPH. La différence est que le médecin scolaire n'a pas de conflit de loyauté avec la famille et qu'il prend en compte les résultats et les acquisitions de la tranche d'âge de l'élève. Ce que ne fait pas le médecin traitant, qui répond toujours favorablement aux demandes des familles. Ce problème éthique et d'équité a déjà été soulevé auprès du conseiller école inclusive de M. Pap Ndiaye.

e. Les PAI

Les médecins CT peuvent-ils obliger les médecins de secteur à signer les PAI des secteurs découverts ?

Suivant le rapport des inspections générales paru en juillet 2023, dès lors qu'un PAI est renseigné par un médecin traitant ou spécialiste et signé par celui-ci avec le protocole adapté à la pathologie, il n'y a pas de valeur ajoutée à être

contresigné par le médecin scolaire. C'est d'ailleurs ce qui se passe dans les territoires sans médecins scolaires.

L'intérêt de l'intervention du médecin scolaire est pour les pathologies complexes nécessitant des aménagements spécifiques. La mise en œuvre dans les établissements est sous la responsabilité des chefs d'établissement ou directeur d'école sur le conseil technique des infirmiers. A la demande de ceux-ci, les PAI qui leur posent des problèmes pourraient bénéficier de notre expertise encore plus que de notre signature. Dans ce cadre l'enfant et la famille doivent être reçus par le médecin scolaire.

Quelle responsabilité pour les médecins en maternelle quand les infirmières ne font pas le suivi pour les PAI ?

Chaque médecin reste seul responsable de ses actes devant le conseil de l'ordre et la justice, quelle que soit la demande de sa hiérarchie.

Si pour un PAI, le médecin estime qu'il n'a pas les éléments suffisants pour être dans le cadre de la circulaire PAI ; il est alors nécessaire de ne pas signer un document qui engage sa responsabilité : *« Examine la demande et détermine les besoins de l'enfant en fonction des informations dont il dispose, dont celles de l'équipe éducative, et au regard des documents fournis par la famille et, s'il valide la demande, rédige et signe le PAI en accord avec : l'enfant ou l'adolescent et son représentant légal; le directeur d'école/le chef d'établissement/le responsable de la structure collective... Peut décider de proposer ou non un rendez-vous à la famille... Participe, le cas échéant, à la mise en œuvre de la conduite à tenir en cas d'urgence en apportant l'information et la formation aux équipes éducatives. » (Circulaire PAI, février 2021)*

Le Dr Christophe Guigne, formateur et MCTD de Grenoble lors d'un colloque du SNAMSPEN a dit : « le médecin est juridiquement responsable de ce qu'il a fait, et non de ce qu'il n'a pas fait ». Ceci en prenant connaissance de notre lettre de responsabilité écrite pour nous déresponsabiliser de ce que nous ne pouvons pas faire devant des secteurs et des missions trop vastes.

3. Action intersyndicale, hiérarchie et partenaires

Cette action doit-elle être suivie par uniquement les titulaires...ou les contractuels aussi ?

Elle s'adresse à tous : plus les médecins seront nombreux à se mobiliser, plus le retentissement sera grand ...

Pourquoi une réponse syndicale si tardive, beaucoup de résistance sur le terrain de MEN pour se recentrer sur la clinique ?

Ces actions, ces constats ... on tourne en rond depuis des années sans aucun effet ou changement ...

Vos syndicats majoritaires ont privilégié et continuent à privilégier le dialogue constant avec le ministère EN, le ministère de la santé, les assemblées, les associations (parents). Pour rappel, nous vous avons appelé régulièrement à ne pas rendre les statistiques annuelles. Les démarches de nos syndicats font l'objet d'articles ou de lettres en ligne que vous pouvez trouver sur nos sites.

Rappelez-vous que notre indemnité en 2015 plafonnait à 8000 euros maximum et appliquée de façon très inégale sur le territoire. Nous sommes actuellement, grâce à vos deux syndicats, proches pour tous de 17500 euros !

Nous avons œuvré pour un 3eme grade (hors classe) et l'avons obtenu.

Aujourd'hui, cette action vous est proposée dans un contexte (silence prolongé des administrations, rapports non présentés devant les instances, ...) où le statu quo signifie la fin de ce métier.

Nous ne pouvons rien faire sans vous, sans votre mobilisation si ce n'est votre adhésion à un syndicat. La dégradation du métier vient de l'acceptation par tous de conditions de plus en plus inacceptables.

Y a-t-il eu un communiqué de presse comme annoncé ?

Oui, il est disponible sur nos sites. Nous avons reçu des appels de journaliste avec des projets d'articles (cf. sites)

Peut-on envisager de faire signer une pétition de soutien par les parents d'élèves ?

Oui, localement, les actions qui mobilisent les parents d'élèves sont un appui. A moyen terme, si les familles doivent se déplacer loin ou attendre longtemps un

rendez-vous avec un médecin EN, il est fort probable qu'elles se manifestent davantage auprès des inspections ...

Nous souffrons du manque de visibilité de nos actions, à la différence des infirmier.e.s très bien repéré.e.s car davantage en première ligne pour les familles et les établissements.

Faire signer une pétition, cela veut dire être capable de dire aux usagers en quoi nous sommes utiles aux enfants et aux familles : c'est pourquoi nous vous invitons à retrouver élèves et familles et à agir tel des médecins en charge de la population des élèves pour leur réussite et leur bien être à l'école.

L'Union nationale des associations familiales UNAF a réalisé une enquête sur la vision que portent les parents sur la médecine scolaire en janvier 2023. Elle a été reprise dans le dernier rapport nous concernant et elle témoigne de l'attachement des parents à l'accès à un médecin et pointe l'école primaire comme le parent pauvre.

Comment Informer notre hiérarchie de cette action syndicale ?

A quel niveau notre action va-t-elle être portée aux chefs d'établissement et partenaires pour être visible ?

Un courrier d'information de cette action a été adressé à notre ministre et aux recteurs. Il est en ligne sur nos sites. Vous pouvez l'utiliser pour communiquer.

Une lettre de revendication annonçant cette action a déjà été adressé aux ministres (premier, EN, Santé), à de nombreux parlementaires des assemblées, à nos partenaires.

Cette action doit durer jusqu'à juin 2024 ou au-delà ?

Elle durera aussi longtemps que nous n'aurons pas obtenu de réponses claires sur :

- Le pilotage et l'organisation
- Les missions
- La rémunération
- Les moyens pour accomplir les missions

Donc au-moins jusqu'à juillet 2024 et possiblement l'année scolaire prochaine.

Comment organiser cette action syndicale sur un département si chaque MEN choisit ? Comment organiser l'activité si les médecins de secteurs établissent leurs priorités ?

Nous avons une circulaire de missions qui n'a pas changé malgré nos demandes itératives de reconsidérer avec le nombre de médecins nos missions et de réorganiser les personnels et les collaborations pour assurer les besoins de santé publique. Cela n'a pas été fait.

Nous jugeons que parmi nos missions, les bilans de 6 ans ont un vrai sens en termes de santé publique. De même, le traitement de toutes les problématiques en maternelle et élémentaire, puisque nous pouvons agir avant que les troubles ne deviennent des handicaps. L'expertise des diagnostics précoces des TND est fondamentale, elle peut déboucher sur un dossier MDPH ou un PAP et des soins adaptés. Cela devrait être fait au plus tard en 6eme.

Nous estimons qu'au collège et au lycée, les problématiques des troubles du comportement, l'absentéisme et la santé mentale appellent notre expertise, majoritairement auprès d'enfants qui n'ont jamais bénéficié du service de la médecine scolaire, qui errent dans le système de soin et/ ou qui n'ont pas de dossier MDPH.

Il nous faut prioriser des missions qui ont une valeur ajoutée pour les enfants en termes de santé. Pour cela, l'idéal est que les médecins du département se concertent pour harmoniser leurs priorisations suivant les critères ci-dessus. Le cas échéant, si pas de CT et pas d'entente entre collègues, chaque médecin peut recentrer son activité médicale clinique sur ses propres priorités dans la dynamique de notre mobilisation.