



Santé de l'enfant

Contribution de l'ISNAR-IMG
Janvier 2021



SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	3
II. MISSIONS DES ACTEURS DE SANTÉ DE L'ENFANT	4
1. LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE	4
2. LE PÉDIATRE	5
3. LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (PMI)	5
4. MÉDECINE SCOLAIRE	6
III. FORMATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	7
1. FORMATION INITIALE	7
2. FORMATION CONTINUE	8
3. RECHERCHE	9
IV. COORDINATION	9
1. OUTILS DE COORDINATION	9
2. VALORISATION DU TEMPS DE COORDINATION	11
3. RÔLE DES COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ	11
V. SCOLARITÉ	12
VI. AIDANTS	13
VII. CONCLUSION	14

I. INTRODUCTION

L'ISNAR-IMG a été contactée le 24 novembre par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans le cadre d'une mission sur la pédiatrie, initiée par le Ministre des Solidarités et de la Santé.

Mme FAUCHIER-MAGNAN et M. FENOLL, conduisant ce travail, ont témoigné leur souhait d'auditionner l'ISNAR-IMG afin de connaître les propositions de la structure concernant l'organisation des soins de santé de l'enfant.

Ne disposant actuellement que de positions limitées sur ce vaste sujet, une Commission Éphémère urgente a été ouverte le 28 novembre. Celle-ci visait à établir d'ici le Conseil d'Administration de janvier un panel de propositions sur les thématiques suivantes :

- missions des acteurs de santé de l'enfant,
- coopération ville/hôpital,
- formation des professionnels de santé de l'enfant.

Trois membres de structures locales se sont portés volontaires :

- Elodie ATLAN pour Toulouse
- Marie CARACATZANIS pour Toulouse
- Pauline NATTERO pour Rouen

Ce document est l'aboutissement des réflexions de cette Commission Ephémère pilotée par Raphaël DACHICOURT, Premier Vice-Président de l'ISNAR-IMG.

II. MISSIONS DES ACTEURS DE SANTÉ DE L'ENFANT

1. Le Médecin Généraliste

Depuis la mise en place du système de médecin traitant par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, celui-ci est devenu le pivot du système de santé actuel, assurant la coordination des soins en tant que garant du parcours de soins.

Bien que la déclaration de médecin traitant ne soit pas obligatoire pour les enfants de moins de 16 ans, celle-ci est encouragée par l'assurance maladie, car elle permet de garantir un suivi optimal par l'officialisation d'un référent.

Alors que le médecin traitant peut être généraliste ou bien issu d'une autre spécialité, le médecin généraliste s'est imposé comme le plus à même de remplir ce rôle, de par son orientation spécifique vers les soins primaires.

En effet, le rôle du médecin généraliste rejoint tout à fait celui de médecin traitant. Il est le spécialiste de premier recours pouvant assurer un suivi sur le long terme, tout comme une prise en charge aiguë. Il a un rôle essentiel de prévention dans la prise en charge de sa patientèle, que cela soit par la mise en place d'actions de dépistage ou bien dans sa pratique afin de promouvoir la santé de façon générale.

Ainsi, en ce qui concerne la santé de l'enfant, il semble tout à fait indiqué pour assurer un suivi pédiatrique classique hors contexte spécifique de pathologie nécessitant une prise en charge plus spécialisée. En effet, ses compétences lui permettent de prendre en charge l'ensemble de la population, en tenant compte des spécificités propre à l'âge, la situation sociale, le sexe, etc. Il est capable de mettre en place les actions de dépistage propre à l'enfant, d'assurer un suivi permettant de repérer toute anomalie, de prendre en charge les pathologies fréquentes de l'enfant et d'orienter vers un pédiatre ou vers les urgences si nécessaire.

De plus, dans un contexte de surspécialisation de plus en plus fréquente des pédiatres et une démographie libérale de cette spécialité en baisse, il nous semble dès lors logique de promouvoir la médecine générale dans la prise en charge de premier recours des enfants.

Concernant la prise en charge de l'enfant, il nous semble tout de même que celle-ci nécessite des compétences spécifiques, propre aux médecins ayant acquis un bagage théorique et pratique au cours de leur formation. Ainsi, nous ne sommes pas aujourd'hui en faveur de la prise en charge des enfants atteints de pathologies chroniques par les infirmiers de pratique avancée.

2. Le pédiatre

Le pédiatre est le médecin spécialiste des pathologies de l'enfant. Il dispose d'une formation théorique et pratique conséquente sur ce sujet, acquise très majoritairement en milieu hospitalier spécialisé. Il est donc un spécialiste de second recours de par sa formation. De plus en plus de pédiatres disposent d'une surspécialisation d'organe, les conduisant à devenir experts sur une thématique précise. Dès lors, ceux-ci semblent tout à fait indiqués pour prendre en charge les enfants atteints de pathologies chroniques spécifiques, dans l'optique d'initier un traitement et d'assurer un suivi, complémentaire avec celui du médecin traitant. Il paraît alors nécessaire d'établir une communication optimale entre eux et les médecins généralistes, par messagerie sécurisée ou courriers.

Pour autant, certains pédiatres libéraux exercent encore dans une logique de pédiatrie générale de premier recours. Bien que leur nombre soit insuffisant pour assurer le suivi de l'ensemble des enfants de la population, ils semblent tout aussi légitimes que les médecins généralistes pour devenir médecin traitant, disposant d'une spécialisation dédiée à la prise en charge de l'enfant. Dans ce cadre, il nous paraît déraisonnable de cloisonner les missions de chacun. En effet, il revient aux parents de choisir qui exercera le rôle de médecin traitant de leur enfant, en disposant de l'ensemble des informations exposées, mais en prenant aussi en compte la relation de confiance existant avec le médecin. La liberté de choix des patients doit rester au cœur des préoccupations dans la répartition des missions de chaque acteur.

3. La Protection Maternelle et Infantile (PMI)

La PMI est un service public départemental chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Elle organise des consultations et des actions médico-sociales de prévention et de suivi en faveur des femmes enceintes, des parents et des enfants de moins de 6 ans, ainsi que des activités de planification familiale et d'éducation familiale.

Ainsi, la PMI s'inscrit également dans l'offre de soins, dans une logique d'accompagnement médico-social. Les médecins exerçant en PMI, mettent en place, tout comme les médecins traitants, des actions de prévention, de dépistage et de suivi des enfants de moins de six ans. Ils n'ont cependant pas pour rôle d'assurer des prises en charge aiguës. C'est en ce sens que leur rôle diffère des autres médecins précédemment cités.

Dès lors, bien que les PMI s'avèrent être une option valide pour assurer un suivi global de l'enfant, nous ne les recommandons pas comme structure de premier recours de prise en charge pédiatrique. En effet, ce service doit être réservé à son public cible, car son fonctionnement est orienté vers des problématiques médico-sociales et ne répond donc pas aux besoins de toute la population. Le risque étant de devoir séparer entre différents acteurs le rôle de suivi et celui de prise en charge aiguë, alors qu'il semble plus pertinent que cette dernière soit réalisée par un acteur expert de son patient.

Pour autant, de la même façon que pour le pédiatre, nous ne souhaitons pas cloisonner les rôles de chacun. Il revient donc aux familles, en accord avec le médecin et en pleine conscience des éléments détaillés, de choisir la solution qui leur semble la plus adaptée à leur situation. Il serait donc possible dans certains cas, de déclarer le médecin de PMI comme médecin traitant de l'enfant.

4. Médecine scolaire

Tout établissement scolaire (maternelles, primaires, collèges et lycées) dispose d'un service de médecine scolaire assuré par une équipe médico-scolaire constituée de médecins scolaires et d'infirmiers scolaires, membres de l'équipe éducative d'un établissement.

Bien que le nombre de médecins scolaires soit en baisse, ces équipes assurent un rôle essentiel dans l'accompagnement des enfants, à l'interface entre le système de l'éducation nationale et le système de santé. C'est par une approche longitudinale, au plus proche des enfants car intégrées directement dans leur milieu, qu'elles exercent leur rôle.

Les équipes de médecine scolaire ont un rôle triple de dépistage, de conseil et de prévention. Elles ont pour objectif de détecter les élèves en difficulté (troubles des apprentissages, du comportement, du langage, ...), de participer à la protection de l'enfance en détectant les situations à risque, de faciliter l'intégration des élèves ayant une maladie chronique ou un handicap et de mener des actions de prévention sanitaire dans les établissements.

Pour cela, elles exercent auprès des enfants en étant à leur disponibilité en cas de problème ou de volonté de rencontre. Elles effectuent également les examens médicaux obligatoires de l'enfant et de l'adolescent prévus par les textes réglementaires (examen médical à six ans et examen infirmier à douze ans).

Cependant, leur rôle ne se limite pas à un exercice médical de consultation car elles font partie intégrante du fonctionnement de l'établissement et interagissent avec le corps enseignant et la direction. Leur rôle est également de mettre en place des actions de prévention auprès des instituteurs et d'aider à la formation continue des équipes scolaires.

Le rôle des équipes de médecine scolaire est donc essentiel et doit être coordonné avec celui du médecin traitant et des autres acteurs de la santé de l'enfant. C'est pourquoi une promotion de ce rôle serait nécessaire, car les médecins scolaires sont trop peu nombreux pour pouvoir assurer une prise en charge optimale.

III. FORMATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

1. Formation initiale

La formation initiale des médecins généralistes se compose d'un socle commun lors des premier et deuxième cycles, basé essentiellement sur une approche hospitalière et l'acquisition de connaissances. Toutefois, le développement progressif de stages ambulatoires avec l'obligation de réaliser un stage de médecine générale lors du deuxième cycle, permet aux étudiants de découvrir un autre versant de la santé de l'enfant, basé sur un suivi sur le long terme et une relation de confiance lors d'un exercice de premier recours.

En ce qui concerne le troisième cycle des études médicales, la maquette du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale¹ prévoit la réalisation d'un stage de six mois en santé de la femme et de six mois en santé de l'enfant, préférentiellement en ambulatoire, lors de la phase d'approfondissement. L'ISNAR-IMG souhaite modifier cette maquette, afin de fusionner le stage en santé de la femme et en santé de l'enfant en un stage comprenant trois mois de santé de la femme et trois mois de santé de l'enfant. Ceci permettra aux internes de Médecine Générale de bénéficier d'un stage libre, à orienter selon leur projet professionnel. Ainsi, un interne de Médecine Générale souhaitant orienter sa pratique sur la santé de l'enfant pourrait donc réaliser trois mois de stage comme les autres internes de sa promotion, mais également un stage supplémentaire de six mois afin de compléter sa formation dans le domaine.

De plus, malgré la volonté affichée de développer les stages ambulatoires, nous constatons pourtant aujourd'hui sur le terrain que la majorité des subdivisions ne propose que des stages hospitaliers en ce qui concerne la santé de l'enfant, pratique éloignée de notre exercice futur de médecin généraliste.

Dès lors, nous souhaitons repenser le modèle des stages en santé de l'enfant afin de permettre une plus grande souplesse dans la découverte de l'exercice. La subdivision de Toulouse propose par exemple aux internes de Médecine Générale un modèle intéressant, reflétant la diversité de l'exercice dans les territoires. Sur 8 demi-journées à réaliser par semaine en stage (soit 4 jours), 4 demi-journées sont réalisées chez un maître de stage des universités avec une pratique orientée santé de l'enfant et les 4 autres demi-journées sont à répartir dans des postes variables : milieu hospitalier, pédiatre libéral, PMI, etc. De plus, sont prévues des demi-journées de découverte auprès d'autres professionnels de santé, acteurs de la santé de l'enfant, afin de renforcer les compétences de coordination pour les préparer à un exercice futur en interprofessionnalité (ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien, etc.). Ce modèle nous semble pertinent dans la formation des internes de Médecine Générale et nous encourageons son développement dans l'ensemble des subdivisions.

En ce qui concerne la formation hors stage des internes de Médecine Générale, celle-ci est très variable avec des contenus d'enseignements non harmonisés à l'échelle nationale. Les modèles d'enseignements promus par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE)², s'appuient sur des Groupes d'Echanges de Pratiques (GEP), des ateliers de gestes pratiques, des apprentissages par résolution de problèmes, des groupes de formation à la relation thérapeutique et des groupes de tutorat centrés sur 11 familles de situations, comprenant notamment les situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent³.

¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036237037/>

² https://www.cnge.fr/la_pedagogie/proposition_du_cnge_pour_la_nouvelle_maquette_du_d/

³ <http://mediamed.unistra.fr/dmg/wp-content/uploads/2016/09/Les-familles-de-situations-cliniques.pdf>

Afin de renforcer les compétences des internes de Médecine Générale concernant la prise en charge de l'enfant, et de répondre aux attentes des internes concernant un tel enseignement, nous proposons le développement d'un modèle d'enseignement hors stage type, basé sur une journée dédiée. Celui-ci aborderait la question du dépistage des violences, le dépistage des troubles du développement, la rédaction des certificats du 9^e et du 24^e mois, et enfin la rédaction de Projets d'Accueils Individualisés (PAI). Afin de permettre une formation professionnalisante et en accord avec notre cursus, le format de cette journée serait basé sur des ateliers de simulation suivis de Groupes d'Échanges de Pratiques permettant ainsi à chaque interne de pratiquer puis de débriefer en posant ses questions et au groupe de répondre en faisant preuve de réflexivité, dans une démarche active et collective.

De plus, il nous semblerait pertinent de développer dans nos formations hors stage des ateliers interprofessionnels spécifiques à la santé de l'enfant, afin de développer des compétences communes et de nous préparer à exercer en interprofessionnalité. Les thématiques abordées seraient alors celles communes aux compétences des professions participantes.

Enfin, nous constatons que bien que la majorité des internes de Médecine Générale s'orientent vers une pratique ambulatoire, 13,9% ont un projet professionnel hospitalier⁴. Certains exercent dans des services de médecine polyvalente, d'urgence ou bien encore d'urgences pédiatriques. Dès lors, nous souhaitons pouvoir valoriser ces projets d'orientation professionnelle. En ce qui concerne la santé de l'enfant, il existe une possibilité de formation spécifique aux urgences pédiatriques par la Formation Spécialisée Transversale (FST) urgences pédiatriques. Si celle-ci, comme les autres FST, est théoriquement accessible aux internes de toute spécialité, elle n'est reconnue comme d'intérêt que pour les internes de pédiatrie et d'urgences, fermant ainsi la porte aux internes de Médecine Générale souhaitant y participer. Afin de permettre une formation adaptée aux projets professionnels des internes de Médecine Générale, nous souhaitons que la FST urgences pédiatriques soit considérée comme d'intérêt pour le DES de Médecine Générale. Ainsi, les internes le désirant pourront-être formés en vue d'un exercice hospitalier futur dans un service d'urgences pédiatriques ou bien d'urgences générales, prenant également en charge des enfants.

2. Formation continue

La formation des médecins s'inscrit également dans la durée avec une obligation de développement professionnel continu (DPC) tous les trois ans⁵.

Afin de permettre aux médecins généralistes d'assurer le suivi des enfants atteints de pathologies chroniques, nous encourageons le développement d'une offre de formation continue spécialisée en santé de l'enfant. La diversification de l'offre permettra au professionnel de choisir la formation la plus adaptée à son projet professionnel et à sa patientèle.

De plus, car certains sujets propres à la santé de l'enfant relèvent des compétences conjointes de différents professionnels de santé, nous encourageons le développement du DPC interprofessionnel. Celui-ci renforcera le lien entre les acteurs de la santé de l'enfant et permettra une meilleure coordination ultérieure. A titre d'exemple, la dépression du post partum ou encore la prévention du burn-out familial font partie de ces sujets clés à développer.

⁴ <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>

⁵ <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/carriere/former-long-carriere>

3. Recherche

La recherche est encore aujourd'hui trop centrée sur le milieu hospitalier. Le carré de White nous montre l'intérêt et l'impact des soins primaires sur la population générale. La recherche en soins primaires peine pourtant encore et toujours à se développer.

Afin de pouvoir construire une meilleure prise en charge et un accompagnement optimal, il est nécessaire d'investir la recherche ambulatoire en soins primaires.

Cette recherche doit également pouvoir se développer dans le domaine de la prévention afin de sortir d'une logique d'actes de soins et réaliser une vraie transition vers un paradigme de santé. Ce n'est qu'en encourageant cette approche que nous pourrions permettre d'améliorer la santé globale de la population, y compris des enfants.

IV. COORDINATION

1. Outils de coordination

La coordination entre les professionnels de santé est un sujet essentiel dans le système de santé actuel. En effet, la transition d'une médecine de l'aigu vers des pathologies chroniques nécessite l'intervention de multiples acteurs de santé et donc leur coopération. Celle-ci ne sera optimale qu'en mettant à disposition des outils leur permettant une transmission efficace d'informations.

Le carnet de santé est l'un de ces outils. Il est censé réunir en un même document toutes les informations et événements relatifs à la santé de l'enfant depuis sa naissance. Il est délivré gratuitement pour tout enfant lors de la déclaration de naissance. Le modèle actuel du carnet de santé a été mis à jour début 2018 sur la base des recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)⁶. Nous constatons que cet outil est bien ancré dans les habitudes des familles et des professionnels de santé. En ce sens, il nous semble pertinent de conserver un modèle papier afin d'éviter de bousculer les pratiques et donc de risquer une perte d'information.

Le carnet de santé reste un modèle fixe, censé être adapté à l'ensemble des enfants. Il est concis afin de permettre une utilisation aisée. Nous remarquons pour autant qu'il n'est pas adapté aux enfants présentant des pathologies chroniques complexes, nécessitant une transmission d'informations plus importantes. Pour ces enfants, entrant généralement dans le champ du handicap, d'autres outils existent et sont à promouvoir comme le Plan Personnalisé de Coordination en Santé⁷. Le carnet de santé répond donc à un besoin générique mais montre ses limites dans le champ de la coordination complexe.

Le Dossier Médical Partagé (DMP) est quant à lui censé être un carnet de santé numérique⁸. Il est gratuit et créable par tout patient majeur qui gère son contenu et en autorise l'accès aux professionnels de santé qu'il souhaite. Il est également créable par les parents pour les patients mineurs. Bien que la démarche soit intéressante, en permettant une transition numérique, nous constatons que l'outil est aujourd'hui trop peu ergonomique et peine à se développer dans la pratique des médecins. Fort de ces constats, nous ne souhaitons pas à ce jour que celui-ci soit encouragé pour les enfants. En effet, le carnet de santé actuel semble déjà répondre aux besoins et développer un DMP pour les enfants en parallèle ou bien en remplacement de l'outil papier risque de poser des problèmes de transition et donc de perte d'information.

⁶ <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/carnet-de-sante>

⁷ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante

⁸ <https://www.dmp.fr/patient/je-decouvre#Le-DMP-qu-est-ce-que-c-est>

De plus se pose la question du secret médical dans le cadre de la gestion du DMP du mineur : les parents en sont en effet le gestionnaire jusqu'à la majorité.⁹ Nous recommandons donc à ce jour la poursuite de l'utilisation du carnet de santé papier en attendant que le DMP se développe et s'ancre dans les pratiques tant des patients que des professionnels.

Pour autant, d'autres outils numériques existent et sont à déployer. Les messageries sécurisées de santé¹⁰ permettent un transfert d'information simple entre professionnels tout en garantissant le secret médical. Leur développement doit être encouragé pour faciliter les échanges. Il nous semblerait pertinent qu'après chaque consultation spécialisée, un compte-rendu soit adressé au médecin traitant par ce type de messagerie.

Les systèmes d'informations partagés¹¹ consistent en des logiciels partagés entre les professionnels d'une même structure. Ils consistent en un outil numérique particulièrement adapté à l'exercice coordonné que cela soit en maison de santé pluriprofessionnelle, en centre de santé ou bien dans le cadre d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS). Dans ce dernier cas, ils pourraient tout à fait être étendus aux professionnels médico-sociaux de l'ensemble d'un territoire, quel que soit leur lieu ou mode d'exercice, permettant ainsi une coordination optimale entre les acteurs de la santé de l'enfant. Nous souhaitons donc encourager leur développement, notamment comme outil de coordination ville-hôpital.

Les professionnels de santé de premier recours ont parfois la nécessité de faire appel à un professionnel spécialisé afin de solliciter un avis. Celui-ci peut prendre la forme d'une consultation spécialisée, ou bien d'un adressage aux urgences. Cependant, certaines situations ne nécessitent parfois qu'un conseil téléphonique afin d'obtenir une réponse à une question spécifique. Dans ces situations, il est possible selon les territoires de solliciter un médecin spécialiste de la problématique exerçant en milieu hospitalier par téléphone. Pourtant, ce modèle de lignes téléphoniques directes entre soignants de premier recours et spécialistes hospitaliers reste souvent informel et peine à se développer. Nous souhaitons promouvoir ce type d'initiative et encourager leur développement, sur le modèle de la hopline¹² développée par le CHU de Lille par exemple.

Enfin, nous constatons que le virage numérique de la médecine peine toujours à être concrétisé. Les certificats de santé obligatoires de l'enfant du 8e jour, 9e mois et 24e mois sont encore aujourd'hui réalisés en format papier. De même, les PAI, PPCS, etc. ne bénéficient généralement pas de formats dématérialisés facile d'utilisation, allant au-delà d'une trame pdf. En ce sens, nous encourageons la mise en place sur le bouquet de services de l'espace numérique santé l'intégration de tels outils. Des PAI et plans d'actions par pathologie pourront être développés en lien avec les sociétés savantes de pédiatrie. La transmission numérique des certificats de santé obligatoires de l'enfant devrait-être développée comme pour les arrêts de travail.

⁹ <https://www.dmp.fr/ps/faq>

¹⁰ <https://esante.gouv.fr/securite/messageries-de-sante-mssante>

¹¹ <https://www.femas-hdf.fr/systeme-dinformation-partage/>

¹² <https://www.chu-lille.fr/medecine-de-ville>

2. Valorisation du temps de coordination

La coordination des professionnels de santé nécessite un investissement chronophage. Dans un modèle de rémunération ambulatoire encore majoritairement centré sur la tarification à l'activité, il est difficile d'accorder le temps nécessaire, alors qu'une consultation de médecine générale dure en moyenne 16 minutes selon la DREES¹³.

Ainsi, il nous semble nécessaire de valoriser ce temps par la mise en place de cotations spécifiques à certaines situations.

Nous souhaitons valoriser la consultation de transition entre médecins traitants (particulièrement lors du passage à l'âge adulte), lorsque l'enfant est atteint d'une pathologie chronique, avec une cotation dédiée à 60€.

De même, nous souhaiterions voir se développer une revalorisation des consultations dédiées au remplissage du dossier MDPH à hauteur de 60€.

Enfin, dans le cadre de la mise en place d'un PPCS, il nous paraît pertinent de mettre en place une rémunération forfaitaire annuelle proportionnelle au nombre d'acteurs impliqués, en prévoyant une majoration pour le référent, exerçant des fonctions de coordinateurs de ce plan.

3. Rôle des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), créées en 2016, sont des organisations visant à permettre une coordination des professionnels de santé d'un même territoire autour d'un projet de santé commun¹⁴.

Bien qu'elles consistent en un outil intéressant pour développer une approche populationnelle par bassin de vie, elles peinent encore à se concrétiser devant une charge administrative conséquente dans les démarches. Nous souhaitons faciliter leur développement en mettant en place un accompagnement par un interlocuteur dédié dans chaque Agence Régionale de Santé (ARS) mais surtout en allégeant les procédures administratives de formalisation.

Ces structures relèvent d'un financement conventionnel par l'accord conventionnel interprofessionnel¹⁵ depuis 2019. Celui-ci encadre les missions des CPTS donnant lieu à un financement. Il est notamment question d'une mission de prévention. Nous souhaitons encourager dans le cadre de cet axe le développement de projets d'accompagnement dans la parentalité dans une optique de prévention des violences intra familiales. Ces actions pourraient par exemple prendre la forme de groupes de paroles sur la parentalité, centrés sur un territoire. Les professionnels médico-sociaux de la PMI pourraient être associés à l'organisation d'un tel projet.

Une autre mission des CPTS concerne l'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins. Nous proposons qu'à travers cet axe soient développées les formations interprofessionnelles autour de cas spécifiques de patients pris en charge par les professionnels d'une même structure. Cela permettrait par exemple aux pédiatres de faire bénéficier de leurs compétences aux autres soignants de la CPTS, et donc d'améliorer la prise en charge de patients en renforçant le travail d'équipe.

Enfin, les CPTS peuvent être le support de projets variés, comme par exemple des programmes d'éducation thérapeutique ambulatoire. Ceux-ci pourraient rentrer dans les missions de prévention de la structure dans le cadre d'une prévention tertiaire.

¹³ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>

¹⁴ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-se-mobiliser-pour-organiser>

¹⁵ <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/707296/document/synthese-accord-conventionnel-interprofessionnel-en-faveur-du-deploiement-cpts.pdf>

Bien qu'une avancée ait été actée au 1er janvier 2021 avec le passage d'un régime d'autorisation à un régime de déclaration pour la mise en place des programmes d'éducation thérapeutique¹⁶, nous constatons que les professionnels peinent encore à les développer. Pour faciliter cela, nous attendons que des financements plus conséquents soient attribués à ces programmes par les Fonds d'Interventions Régionaux (FIR)¹⁷ des ARS.

V. SCOLARITÉ

Comme nous l'avons souligné dans la première partie de ce document, le rôle de la médecine scolaire est essentiel et complémentaire à celui du médecin traitant. Pour autant, celle-ci peine à attirer de nouveaux professionnels, face à de nombreuses difficultés, résumées par le Snmsu, syndicat Unsa des médecins scolaires : « *Nous constatons aujourd'hui que les médecins de l'éducation nationale sont en train de disparaître, faute de décisions de notre tutelle concernant nos rémunérations, nos missions, nos conditions de travail* ». Il est également évoqué un transfert de la médecine scolaire de l'éducation nationale vers les départements.¹⁸

Il semble dès lors essentiel de redorer le blason de la médecine scolaire à travers une revalorisation financière, et une redéfinition claire du cadre des missions et des moyens suffisants pour les mener à bien. Ce n'est qu'à ce prix, et par une communication adaptée, que la médecine scolaire réussira à devenir attractive auprès des internes de Médecine Générale.

Afin de permettre un meilleur lien entre équipe de médecine scolaire et médecin traitant, nous proposons également la mise en place de certaines mesures. Il nous semble important en premier lieu que les coordonnées du médecin traitant soient systématiquement fournies aux établissements lors de l'inscription scolaire, afin de permettre au médecin scolaire de s'adresser à lui directement. De plus, nous recommandons l'adressage d'un compte rendu synthétique au médecin traitant à chaque passage de l'enfant à l'infirmerie scolaire, permettant à celui-ci de prendre connaissance de l'ensemble des éléments nécessaires à son suivi. Enfin, parce que l'équipe de médecine scolaire s'inscrit également dans la dynamique du territoire, nous souhaiterions qu'ils soient investis dans les CPTS et qu'à ce titre ils bénéficient d'un accès au système d'information partagé de la structure. Cet accès à un logiciel partagé avec le médecin traitant permettrait de faciliter leur interaction.

Mais le milieu scolaire ne se résume pas qu'à la médecine scolaire. De nombreux intervenants côtoient les enfants quotidiennement, notamment les instituteurs. De par leurs interactions régulières avec les enfants, ils sont les plus à même de détecter un problème médico-social. Pour autant, ils ne bénéficient aujourd'hui dans leur cursus que d'une formation aux gestes de premier secours, insuffisante pour leur permettre d'être à même de repérer des signes d'alerte devant amener à consulter la médecine scolaire. Ainsi, nous souhaiterions développer la formation des professionnels intervenant dans la petite enfance (à l'école comme à la crèche) afin de les rendre acteurs de l'accompagnement. Ces enseignements, centrés sur le dépistage de troubles et le recours à la médecine scolaire doivent être intégrés dans le cursus de ces professionnels.

¹⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042532916>

¹⁷ <https://www.ars.sante.fr/le-fonds-d-intervention-regionale>

¹⁸ <http://www.cafepedagogique.net/lexpresso/Pages/2020/12/17122020Article637437867087620643.aspx>

Les enfants en situation de handicap rencontrent des difficultés particulières dans leur scolarisation. Il est pour autant essentiel de leur donner les moyens d'être intégrés au mieux dans le cursus classique, afin d'éviter toute forme de discrimination et de marginalisation. Pour cela, des moyens humains et techniques sont nécessaires. Ils sont accordés après évaluation par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et établissement d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS)¹⁹. Afin de faciliter les démarches et rassurer les parents, nous encourageons la mise en place d'un interlocuteur dédié dans chaque MDPH à l'accompagnement des familles dans les procédures administratives.

Les aides humaines représentées par les auxiliaires de vie scolaire (AVS), sont indispensables à l'accompagnement de certains enfants dans le parcours scolaire. Afin de permettre un bon accompagnement scolaire des enfants atteints de handicaps, il nous semble important de travailler à augmenter l'attractivité de ce métier nécessitant une attention constante, notamment par une revalorisation salariale en accord avec le service rendu.

VI. AIDANTS

L'aidant dit naturel ou informel est défini comme « *la personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, en partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance permanente, soutien psychologique, communication, activités domestiques, etc.* »

Dans le cadre d'un enfant handicapé, il s'agit le plus souvent des parents ou bien du tuteur légal. Ce rôle représente une charge de travail conséquente pouvant influencer sur la santé de celui qui l'exerce.

Il nous semble important de souligner le rôle des associations de parents dans le soutien psychologique de ces aidants familiaux, notamment par la mise en place de groupes de parole, permettant un partage d'expérience.

Mais au-delà du soutien, il est essentiel de permettre à ces aidants de pouvoir bénéficier d'un droit au répit. Celui-ci agit non seulement en prévention du burnout mais également en prévention des actes potentiels de maltraitance associés. Pour cela, il est nécessaire de permettre l'accès à ces familles à des aides au domicile mais aussi et surtout à des accueils temporaires en structure de répit. Nous espérons donc voir se développer le nombre et les capacités d'accueil de telles structures, aujourd'hui indispensables.

Car il est difficile aujourd'hui de concilier le rôle d'aidant avec une carrière professionnelle, nous saluons la mise en place du congé de proche aidant²⁰ associé à l'allocation journalière de proche aidant²¹. Cependant, le dialogue social en entreprise doit y être associé pour les salariés. Nous souhaitons donc que tout dialogue social en entreprise souhaité par l'aidant soit honoré, afin d'organiser et formaliser les aménagements nécessaires.

¹⁹ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F33865>

²⁰ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16920>

²¹ <https://www.caf.fr/allocataires/droits-et-prestations/s-informer-sur-les-aides/solidarite-et-insertion/l-allocation-journaliere-du-proche-aidant-ajpa>

VII. CONCLUSION

La santé de l'enfant est un sujet complexe, à la croisée du système de santé et de l'éducation nationale, recoupant des champs variés notamment celui du handicap.

De nombreux acteurs médico-sociaux interagissent à travers des structures diverses pour promouvoir et garantir une bonne santé de cette population particulière.

Par cette contribution, nous souhaitons porter la voix des internes de Médecine Générale sur cette thématique en y définissant notre vision du rôle de chaque intervenant et en proposant des solutions pour améliorer la coordination entre eux.

Une attention particulière est portée sur le milieu scolaire, en ayant conscience que les internes de Médecine Générale représentent la majorité des futurs médecins scolaires, notamment depuis l'instauration de la FST médecine scolaire, considérée d'intérêt pour la médecine générale.



ISNAR-IMG
286 rue Vendôme 69003 LYON
04 78 60 01 47 | 06 73 07 53 00
| F. 09 57 34 13 68

Facebook - ISNAR-IMG
Twitter - @ISNARIMG