Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

ONDPS

Prise en charge de la santé de l'enfant

Travaux et conclusions de la commission

présidée par le Professeur Yvon Berland

mars 2013

Sommaire

I Cadre des travaux de la commission 3

1- Rappel de la mission confiée à l'ONDPS 3

2 – Déroulement des travaux 3

3 – Limitations apportées par la Commission au champ de la mission 3

31- Un champ limité à la prévention 3

32- Une approche par période 4

II Principales conclusions de la Commission 5

1 - Nécessité d'une politique de santé spécifiquement dédiée à l'enfance 6

2 - Compétences et organisation des acteurs 8

21 - Initier une démarche globale et systématique consistant à redéfinir d'abord les besoins de santé de l'enfant et les parcours de soins appropriés 8

22 - Quelques préconisations préalables 9

23 – Repartir du dispositif actuel de suivi de l'enfant par tranche d'âge 11

3. Pistes pour une modification du dispositif de suivi de l'enfant par tranche d'âge 12

31. Période anténatale 13

32. Période néonatale : le premier mois 15

33. Petite enfance : de 1 mois à la veille du 6ème anniversaire 19

34. Enfance de 6 ans à la veille du 12ème anniversaire 22

35. Adolescence : de 12 ans à la veille du 18ème anniversaire 25

Annexes 27

Annexe 1 : Lettre de mission 28

Annexe 2 : Composition de la Commission 29

Annexe 3 : Liste des auditions 30

Annexe 4 : Principaux rapports consultés par la Commission 31

Annexe 5 : Liste des contributions 32

Annexe 6 : Fiches documentaires sur le système de santé de l'enfant 33

I Cadre des travaux de la Commission

1- Rappel de la mission confiée à l'ONDPS

La Direction Générale de l'Offre de Soins a confié fin novembre 2011 à l'ONDPS une mission de réflexion et de proposition sur le champ de la prise en charge de la santé de l'enfant, sans focalisation sur une ou des tranches d'âge, ni sur un type d'intervention – naissance, prévention, suivi du développement, soins.

La mission était principalement orientée sur l'organisation et l'articulation des multiples acteurs qui interviennent dans ce champ : bilan et voies d'améliorations envisageables (Cf. lettre de mission en annexe 1).

Pour mener à bien cette mission, la DGOS a souhaité que les travaux soient placés sous l'égide d'une Commission composée de représentants des professions de santé impliquées, de la société civile et des acteurs de l'organisation des soins (Cf. composition la Commission en annexe 2).

2 – Déroulement des travaux

Malgré ses objectifs ambitieux, la mission devait se dérouler sur une période maximale de 6 mois. Comme le préconisait la DGOS, la Commission qui a tenu au total 8 séances a pris connaissance, dans un premier temps, des évaluations et expertises récentes portant sur le système de santé dédié à l'enfant (Cf. annexes documentaires) et a également auditionné des représentants des professions de santé intervenant dans la prise en charge de la santé préventive ou curative de l'enfant (Cf. liste des 11 auditions en annexe 3).

3 – Limitations apportées par la Commission au champ de la mission

Compte tenu des éléments qui précèdent, la Commission a souhaité limiter et clarifier le champ de ses travaux de deux façons.

31- Un champ limité à la prévention

La Commission a concentré sa réflexion sur la prévention, jugée essentielle dans le suivi du développement de l'enfant.

Ce choix l'a conduite à exclure de son champ d'analyse :

- La santé bucco-dentaire ;
- L'examen des prises en charge spécifiques par pathologie ;
- Le handicap ;
- L'enfance en danger.

32- Une approche par période

La Commission a par ailleurs retenu une approche par période, les besoins liés à la surveillance de la santé de l'enfant de zéro à 18 ans évoluant de façon significative au fur et à mesure de son développement.

Cinq périodes ont ainsi été identifiées :

- Période anténatale
- Période néonatale : le 1er mois
- De 1 mois à la veille du 6ème anniversaire : le petit enfant
- De 6 ans à la veille du 12ème anniversaire : l'enfant
- De 12 ans à la veille du 18ème anniversaire : l'adolescent

* *
*

II Principales conclusions de la Commission

1 - Nécessité d'une politique de santé spécifiquement dédiée à l'enfance

2 - Compétences et organisation des acteurs

3 - Pistes pour une modification du dispositif de suivi de l'enfant par tranche d'âge

* *
*

1 - Nécessité d'une politique de santé spécifiquement dédiée à l'enfance

La Commission déplore que la Santé de l'enfant et de l'adolescent s ne fasse pas l'objet d'une politique de santé distincte et lisible, alors que les enjeux de son suivi et de sa prise en charge sont spécifiques.

Elle a ainsi constaté que peu d'indicateurs de la loi de Santé Publique concernaient spécifiquement les enfants[1], et quand c'était le cas, leur suivi statistique n'était pas systématique[2].

De façon générale, les données épidémiologiques propres à l'enfant sont peu nombreuses et de qualité assez médiocre. Les enquêtes sur la santé publique concernent le plus souvent les adultes de 15 ans ou plus : les comportements de santé, les pratiques de recours aux soins sont in fine peu ou pas décrites pour les enfants.

De même, concernant l'offre de soins, les données quantitatives sur les professionnels (nombre de pédiatres, puéricultrices, sages-femmes etc. figurant dans le RPPS) ne permettent pas de dresser un bilan complet et qualitatif de la consommation totale de ressources soignantes dédiées à la prise en charge de la santé de l'enfant[3].

En outre, la gestion actuelle en tuyaux d'orgue des composantes du système de prise en charge de la santé de l'enfant qui participe de façon significative à la création de disparités locales, constitue un obstacle majeur à l'évaluation et à l'amélioration de la performance de l'ensemble.

Aussi l'évaluation du système actuel de prise en charge de la santé de l'enfant, tant du point de vue des besoins à couvrir que de l'offre de soins, procède-t-elle principalement de dires d'experts et de praticiens plutôt que d'études objectives.

Dans ce contexte, la situation est néanmoins apparue insatisfaisante, ne serait-ce que par l'existence de très fortes disparités locales qui limitent la pertinence des analyses en moyenne nationale.

De même, le constat d'inégalités de santé dans l'enfance (ou constituées dans l'enfance) marquées par un gradient social a déjà été posé[4].

La Commission reprend donc à son compte les constats maintes fois opérés dans le travail des experts qui l'ont précédée (médecins ou corps d'inspection) et **souligne la nécessité de se doter des outils susceptibles de faire émerger une politique de santé de l'enfant et de l'adolescent spécifique, plus lisible dans ses objectifs, ses moyens et ses effets.**

Elle recommande donc qu'une politique de santé publique dédiée à l'enfant soit mise en place, sous la forme d'un **« plan de santé publique pour la santé de l'enfant »** qui viserait à définir les enjeux et les moyens d'un accès égal de tous les enfants à une santé de qualité, ainsi que les indicateurs permettant d'en évaluer régulièrement les effets.

Dans cette démarche, les objectifs et les moyens de la santé communautaire devront faire l'objet d'une attention particulière et être clairement redéfinis. En effet, actuellement, les examens obligatoires de suivi de l'enfant et les bilans de l'Éducation Nationale sont loin d'être

[1] Voir annexe 6.4.

[2] La DREES signale l'existence des sources suivantes : Pour **les atteintes sensorielles (vision et audition**) soit les mêmes sources que pour les adultes, **soit les enquêtes de santé scolaire** en CM2, en 3ème, et (en cours) en grande section maternelle. **Pour les troubles du langage**, en CM2.

[3] La consommation de ressources de soins en ville par professionnel, type de prestation et tranche d'âge, disponible dans la base SNIIRAM, a été demandée à la CNAMTS mais sans suite.

[4] Rapport IGAS : les Inégalités sociales de santé dans l'enfance, Mai 2011.

systématiquement mis en œuvre, en grande partie en raison de moyens insuffisants. La place de la PMI est cruciale, mais elle dispose de moyens très inégaux et intervient de façon différente selon les territoires. En médecine scolaire, les rôles respectifs des infirmières, puéricultrices, et des médecins dépendent en réalité du niveau et des qualifications des ressources humaines disponibles.

Actuellement, l'absence d'informations objectives et mesurables sur la prise en charge ou non des enfants, la réalité de leur parcours et leur consommation de prestations de santé ne permet pas d'analyser finement les impacts sanitaires des offres de soin locales.

L'élaboration d'un tel plan supposerait de :

définir les priorités d'action sanitaire dans le champ de l'enfance en tenant compte des ressources effectivement disponibles et/ou programmables,

proposer des parcours de santé de l'enfant par tranche d'âge et par grands groupes de pathologies

redéfinir les missions des divers intervenants (dans le cadre de la médecine communautaire PMI et médecine scolaire, mais aussi pour les professions de santé intervenant en ville),

définir les moyens et les modalités de suivi de sa mise en œuvre

définir les indicateurs permettant l'évaluation de son efficacité et de son efficience

définir la base d'informations nécessaires à la décision publique (données épidémiologiques, données sur l'accès à la prévention, données sur l'offre et la consommation de soins)

La définition et la mise en œuvre d'un tel plan supposeraient également que soient définies les méthodes institutionnelles pour piloter et coordonner la politique de la santé de l'enfant au niveau national et régional.

En effet, en raison des inégalités locales précédemment évoquées, il conviendrait de prévoir une déclinaison locale de ce cadre de référence national.

La loi HPST et la mise en place des ARS ont instauré le cadre d'une nouvelle gouvernance pour les politiques de santé territorialisées. Il est prématuré de porter un jugement sur l'effectivité et l'efficacité des institutions et des outils de cette nouvelle gouvernance. La Commission recommande que soit réalisée une évaluation de l'impact de ces récentes dispositions sur la définition stratégique et la mise en œuvre de politiques régionales et locales de santé de l'enfant et de l'adolescent

* *

*

2 - Compétences et organisation des acteurs

21 - Initier une démarche globale et systématique consistant à redéfinir d'abord les besoins de santé de l'enfant et les parcours de soins appropriés

Malgré la richesse des auditions et la forte implication des représentants des professionnels au sein de la Commission, celle-ci n'a pas été en capacité de produire des préconisations ciblées et immédiatement applicables en matière d'articulation entre les acteurs : entre médecine communautaire et individuelle, entre les diverses professions de santé (médicales et paramédicales).

Deux raisons principales à cela :

l'insuffisance d'un cadre de référence spécifique, global et actualisé : cet aspect a été développé dans la partie précédente ;

l'insuffisance du système d'informations qui permettrait d'évaluer la mise en œuvre des dispositifs existants, d'un point de vue quantitatif et a fortiori qualitatif.

En ce qui concerne les prises en charge communautaires :

Elles semblent, dans de très nombreuses régions, ne pas pouvoir jouer le rôle qui leur est actuellement imparti par la réglementation, et ce, faute de financements et de personnels suffisants (PMI, médecine scolaire). Dans ces conditions, il s'est avéré difficile de distinguer les dysfonctionnements dus à l'insuffisance de moyens de ceux tenant à l'organisation théorique des services, a fortiori peu utile de proposer un schéma cible d'organisation, d'emblée incompatible avec les moyens.

En ce qui concerne les prises en charge en ville :

Les prises en charge actuellement pratiquées en ville par les professionnels libéraux sont peu lisibles et n'ont pu être objectivées, notamment faute des données de consommation de l'Assurance maladie. Ainsi, un suivi conjoint pédiatre - médecin généraliste existe dans la pratique, mais il semble peu coordonné, peu formalisé, encore moins évalué.

La Commission a surtout été informée, par les représentants de chacune des professions, de certaines pratiques et des pistes d'évolution jugées souhaitables, en particulier par les sages-femmes et les puériculteurs qui ont exprimé l'utilité qu'il y aurait, pour l'ensemble du système de soins, à conforter et étendre leur intervention en libéral et, conséquemment, à adapter leur nomenclature.

Par ailleurs, certains principes d'organisation ont été discutés, telles l'instauration d'un premier niveau de recours en ville et la complémentarité généraliste-pédiatre : le pédiatre, du fait de sa formation spécifique, devrait être consulté en deuxième recours dans certaines situations ne relevant pas d'emblée du recours au pédiatre hospitalier, comme cela semble être trop souvent le cas actuellement. À cet égard, des parcours de soins clairement identifiés permettraient une collaboration claire et efficace. On peut citer le parcours de soins destiné aux enfants présentant des troubles des apprentissages, récemment travaillé par la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) selon 3 niveaux définis qui permet une juste utilisation des compétences de chacun, et devrait ainsi améliorer le diagnostic et la prise en charge des enfants porteurs de tels troubles.

De même, la Commission s'est accordée à reconnaître la nécessité de mettre en place une complémentarité sage-femme/puéricultrice dans la prise en charge périnatale, alors que la pratique actuelle résulte uniquement des effectifs disponibles en ambulatoire (il y a des sages-femmes libérales, mais pas de puéricultrices libérales (ou très peu), qui, de ce fait, n'exercent qu'en PMI ou en EAJE en dehors de l'hôpital) - ou la nécessité de revoir l'organisation de la psychiatrie infanto-juvénile pour laquelle le Haut conseil de la santé publique (HCSP) reconnaît que la démographie des professionnels est difficile à analyser, car les métiers nécessitent une redéfinition.

Pour autant, cette somme de constats parcellaires et de pistes d'évolution n'a pas mis la Commission en capacité de préconiser un schéma cible d'organisation de la prise en charge de la santé de l'enfant.

A l'issue de ses travaux, la Commission estime en revanche essentiel que soit initiée une démarche préalable, globale et systématique consistant à redéfinir d'abord les besoins liés au suivi de l'enfant à chaque tranche d'âge. Devraient ensuite s'en déduire :
- les compétences nécessaires à leur bonne prise en charge ;
- leur articulation optimale sous forme de parcours de soins ;
- les possibles complémentarités et délégations entre professions qu'une telle réorganisation supposerait ;
- les implications en termes de formation et de rémunération

Ainsi la nouvelle définition du rôle des sages-femmes, puéricultrices et orthophonistes dans la réalisation des différents tests de dépistage requis pour les examens obligatoires devra conduire à faire évoluer les contenus de formation initiale et continue pour ces métiers.

Par ailleurs, comme cela a déjà été souligné dans la partie précédente, la commission, souhaite insister sur l'importance de prendre en compte la dimension locale dans cette démarche, afin de **ne pas** limiter les travaux à la définition d'un schéma unique de prise en charge, certes considéré comme optimal, mais manifestement inapplicable dans certains territoires en raison de ressources en soins insuffisantes.

Le représentant de l'Union nationale des affaires familiales (UNAF) a formulé la nécessité **d'élaborer, à l'attention des parents, des documents simples et pédagogiques explicitant les parcours de prise en charge recommandés en fonction de la situation de l'enfant (âge, type d'intervention en prévention, diagnostic, traitement etc.), lesquels devraient être complétés de parcours alternatifs tenant compte de la réalité des acteurs locaux.**

22 - Quelques préconisations préalables

Sans attendre la redéfinition des interventions des professionnels évoquée supra, la Commission a néanmoins formulé les préconisations qui suivent.

- **Formation :**

La Commission recommande de renforcer les compétences pédiatriques des professionnels impliqués dans la santé de l'enfant :

Pour les médecins :

- **maintien d'un stage hospitalier en pédiatrie en D2 ou D3 d'au moins trois mois ;**
- possibilité de stage de 6 mois en pédiatrie ambulatoire (cabinet libéral ou médecine communautaire) incluse dans la maquette du DES de pédiatrie ;
- possibilité de stage de6 mois en pédiatrie ambulatoire (cabinet libéral ou médecine communautaire) incluse dans la maquette du DES de médecine générale ;
- mise en place du DPC sous l'égide de professionnels permettant une formation homogène[5]

Pour les professions paramédicales :

Réforme du programme de formation des puéricultrices, dans le cadre de la réingénierie des diplômes paramédicaux et du processus d'universitarisation, leur dernier programme de formation datant de 1983. Actuellement, la formation infirmière au grade licence ne contient plus d'enseignement spécifique obligatoire à la pédiatrie, ce qui justifie d'autant plus cette spécialité infirmière accessible également aux sages-femmes. Cet enseignement pédiatrique nécessite d'être à nouveau mis en place dans la formation infirmière : en outre, le grade Master, à l'instar des infirmiers anesthésistes, pourrait permettre une meilleure formation des puéricultrices selon les compétences attendues sur le terrain.

- **Prescription :**

La Commission recommande que le médecin de PMI ou de santé scolaire, qui a besoin d'un bilan spécialisé pour poser un diagnostic, soit en droit de prescrire ce bilan. Cette recommandation suppose de faire évoluer la réglementation qui encadre actuellement leurs pratiques.

En outre, dans le cadre d'une nécessaire réorganisation des missions de la PMI et des soins primaires qu'elle prend en charge, devrait être étudiée la possibilité d'octroyer à ses médecins le droit de prescription médicamenteuse, ce qui entraînerait une diminution des recours injustifiés aux urgences hospitalières

- **Permanence et continuité des soins**

Le recours injustifié aux urgences pour des enfants est le principal indicateur d'un dysfonctionnement observé par tous et partout. La demande de consultations immédiate par les familles est de plus en plus forte avec un recours trop rapide aux urgences hospitalières pour de « fausses urgences ».

La Commission recommande une meilleure collaboration entre médecins de ville et/ou entre ville et hôpital permettant de garantir un service de gardes plus efficient et d'éviter ainsi le passage en milieu hospitalier pour des situations qui n'en relèvent pas.

[5] Cf. Arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour l'année 2013.

Le développement d'une offre de soins de puéricultrices libérales ou l'adjonction de puéricultrices à des maisons médicales de garde ou de santé avec une activité pédiatrique identifiée serait un autre levier de diminution du recours aux urgences.

La collaboration avec les inter-secteurs de pédopsychiatrie et les pédopsychiatres en ambulatoire est essentielle. Ce lien doit se faire avec l'ensemble des professionnels de santé mais aussi et surtout avec les médecins de l'Éducation Nationale.

23 – Repartir du dispositif actuel de suivi de l'enfant par tranche d'âge

La Commission, pour mieux cerner les besoins et donc l'intervention souhaitable des différents acteurs, a jugé utile de repartir du dispositif de suivi de la santé et du développement de l'enfant, mis en place par les textes et actuellement en vigueur.

C'est dans ce contexte que les membres de la Commission ont débattu des examens obligatoires et des bilans scolaires, et dégagé des perspectives d'amélioration, bien que cet exercice ne constituât pas l'objectif principal de la mission confiée à l'ONDPS par la DGOS.

La Commission souhaite porter ces pistes de travail à la connaissance de la DGOS car elles justifient, selon elle, une saisine de la Haute autorité de santé (HAS), qui pourra travailler avec le Collège national des professionnels de pédiatrie (CNPP) selon une convention signée récemment entre ces deux parties. Elles sont passées en revue, par tranche d'âge dans la partie suivante (III).

* *

*

3. Pistes pour une modification du dispositif de suivi de l'enfant par tranche d'âge

La particularité de l'enfant est d'être en développement permanent avec des besoins qui évoluent et se modifient dans le temps.

Pour construire une politique de suivi du développement de l'enfant dont les objectifs soient atteignables, la Commission juge d'abord nécessaire que soient reprécisés les âges clefs auxquels devraient être réalisés des examens obligatoires et que soient par ailleurs identifiés les examens qui seraient considérés comme souhaitables. L'aménagement du carnet de santé de l'enfant devrait inclure cette actualisation.

Pour tenir compte de l'état de la science et des évolutions sociétales qui transforment les comportements et les pratiques des enfants et des familles, la Commission estime en outre qu'il serait nécessaire que soit redéfini le contenu même des examens de santé obligatoire

La Commission recommande donc que le Ministère de la Santé confie cette mission à la HAS.

La redéfinition des examens obligatoires devra inclure la description détaillée des référentiels de test pour les examens obligatoires (pour chaque pathologie par âge), ce qui permettra d'identifier les compétences requises pour leur réalisation et d'identifier les professionnels de santé détenant ces compétences ou susceptibles de les acquérir.

Elle devra également proposer les indicateurs de suivi épidémiologiques à produire à partir de ces examens et proposer un dispositif d'évaluation des effets sanitaires du dépistage.

La réalisation des bilans consignés dans le carnet de santé (tests ou mesures) étayant les examens obligatoires ou des diagnostics en cas d'anomalie suspectée pourront ainsi, pour une part, être déléguée à d'autres professionnels de santé que les médecins (puéricultrices, orthophonistes à partir de 2 ans, infirmières scolaires…). Toutefois, la Commission précise que les tests réalisés par des professionnels de santé devront être encadrés par une consultation médicale.

La Commission recommande également que les examens obligatoires soient tous équipés dès le départ d'un système d'information pour permettre leur suivi statistique.

31. Période anténatale

Le thème de la mission a conduit la Commission à aborder la préparation à la prise en charge de l'enfant à naître et non la question globale du suivi de la grossesse.

Besoins :

* Une bonne préparation à la prise en charge de l'enfant à naître.

* Prévenir les inquiétudes des parents et réduire leurs recours injustifiés aux urgences.

Dispositif existant :

Le plan périnatalité 2005-2007 a identifié comme mesure prioritaire la mise en place d'un entretien prénatal précoce (EPP) ou entretien du premier trimestre. [6] Cet entretien doit être proposé systématiquement à toutes les femmes enceintes/couples dès le début de la grossesse. Il peut être réalisé tout au long de la grossesse (dans l'idéal au cours du premier trimestre[7]).

Cet entretien est un temps d'échange entre la femme enceinte ou le couple et le professionnel au cours duquel s'ébauchent le projet de naissance et l'éventualité d'une sortie précoce de la maternité.

Par ailleurs les femmes peuvent bénéficier au cours de leur grossesse de 7 séances de préparation à la naissance et à la parentalité.[8]**.**

Constats :

Cet entretien semble peu pratiqué. Ainsi, selon une enquête de l'UNAF, cet entretien individuel n'avait pas été proposé à 63 % des femmes ayant accouché entre 2007 et 2009. Dans l'enquête nationale périnatale 2010, seulement 21 %[9] des femmes ayant accouché entre le 15 et le 21 mars 2010 déclarent en avoir bénéficié. Le chiffre est légèrement supérieur chez les primipares (31 %).

D'autre part, 73,2 % des primipares et près de 30 % des multipares déclarent avoir bénéficié des séances de préparation à la naissance et à la parentalité[10].

*

La Commission estime que l'entretien (EPP), quand il a lieu, a surtout une orientation obstétrique compte tenu de sa précocité et laisse peu de chances aux conseils pédiatriques d'être bien abordés et surtout mémorisés.

En conséquence, pour que soient abordés plus spécifiquement les aspects purement pédiatriques, avec des conseils tant au niveau nutritionnel (recommandations pour l'allaitement), développemental (principaux repères) qu'au niveau de l'établissement du lien parents enfants (prévention de la maltraitance), **la Commission pense souhaitable que soit instaurée une**

[6] Circulaire N°DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité

[7] "Préparation à la naissance et à la parentalité", HAS novembre 2005

[8] Au nombre de ses objectifs figurent notamment ceux qui visent à donner les connaissances essentielles à l'alimentation du nouveau-né et encourager l'allaitement maternel et à participer à la promotion de la santé du nouveau-né et du nourrisson en termes d'alimentation, de sécurité et de développement psychomoteur

[9] « La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », Études et résultats, n°775, DREES.

[10] « La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », Études et résultats, n°775, DREES.

consultation prénatale de prévention et d'éducation à visée pédiatrique, programmée au cours du dernier trimestre de la grossesse[11]**.**

Cette consultation devrait être réalisée de façon systématique pour les femmes primipares, et proposée aux autres, si elles le souhaitent.

Par ailleurs, lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, un binôme sage-femme/puéricultrice pourrait débuter cette prévention dans l'optique du post-natal dans le dernier trimestre. Cela existe sur certaines maternités.

Comme dans le cas de l'EPP, sa mise en place (promotion, proposition, réalisation) devrait impliquer les réseaux de périnatalité, les réseaux ville-hôpital des maternités, les services de PMI, les médecins et praticiens libéraux.

[11]La Commission poursuit le même objectif en préconisant un réagencement du suivi médical dans le premier mois suivant la naissance (cf. infra).

32. Période néonatale : le premier mois

La surveillance médicale des premières semaines de vie conjugue un besoin d'expertise pédiatrique avancée et un besoin de sécurisation des parents en leur rendant accessibles et lisibles des ressources de conseil sanitaire de proximité.

Besoins :

* Garantir le suivi médical précoce

Le suivi immédiat de l'enfant nouveau-né, y compris après une grossesse jugée normale, est généralement considéré comme une phase particulièrement délicate de la protection maternelle et infantile et de la prise en charge pédiatrique.

Elle comporte la détection des signes ou symptômes avant-coureurs discrets, leur interprétation et l'évaluation des risques, en particulier le risque d'infection néonatale retardée, de décompensation d'anomalies constitutionnelles telles que l'hyperplasie congénitale des surrénales, et la détection de certaines cardiopathies congénitales en l'absence de diagnostic prénatal, du risque d'hyper bilirubinémie secondaire.

Chacune de ces anomalies peut en effet engendrer des conséquences responsables d'un handicap la vie durant. Si leur fréquence est faible, l'importance de leur impact sur les individus est évidente, et sur le plan de la santé publique, elle se situe bien au niveau des indicateurs de mortalité et morbidité périnatale, qui sont de l'ordre de quelques unités pour mille naissances. Le récent rapport de la Cour des Comptes sur la périnatalité (2012) insiste sur l'état préoccupant des indicateurs de santé périnatale en France.

* Organiser le retour à domicile

Le repérage des ressources à solliciter une fois au domicile est très important, dans un contexte où les rôles de chacun sont a priori peu ou pas connus des familles.

La question de l'organisation et de l'anticipation des prises en charge en sortie de maternité n'est pas nouvelle, mais elle a pris une acuité accrue en raison de la diminution des durées de séjour en maternité[12] qui nécessite une meilleure définition des rôles et des compétences, et, au plan local, un effort particulier de coordination des professionnels hospitaliers, ambulatoires et de PMI.

Dispositif existant :

* Les examens obligatoires

Les dispositifs de santé publique ont prévu différents examens médicaux rapprochés du nouveau-né et du nourrisson au cours des premiers mois de vie, dans son carnet de santé (avec, récemment, un examen supplémentaire au décours du séjour en maternité), à des fins de prévention.

[12] HAS, note de cadrage – « Sortie de maternité après accouchement : conditions optimales pour proposer un retour à domicile » (actualisation), mai 2012

Le premier examen obligatoire doit intervenir dans les 8 premiers jours. Il donne lieu à l'établissement d'un certificat de santé (CS8) communiqué aux services de PMI et fait l'objet d'une consolidation nationale à des fins statistiques par la DREES. Cet examen a lieu à la sortie de la maternité et donc le plus généralement bien avant 8 jours (dans l'ENP, la sortie s'effectuant en moyenne à 4,4 jours), mais l'information de la date de réalisation de l'examen qui figure sur le certificat n'est pas intégrée dans l'enquête de la DREES. Il est réalisé par le pédiatre (ou un autre praticien) qui exerce en maternité, et est indispensable en particulier pour le dépistage d'anomalies congénitales.

Durant la première année de l'enfant, la réglementation (R2132-1 du code de la Santé Publique) prévoit ensuite neuf examens obligatoires au cours de la première année, dont deux qui donnent lieu à un certificat de santé (8ème jour, en réalité sortie de maternité, et 9ème mois). Les autres examens s'échelonnent du 1er mois au 11ème mois.

* Le retour à domicile

Les travaux de la Commission concernent exclusivement le post-partum physiologique, hors hospitalisation à domicile (environ 80 % des situations).

Dans le cadre des sorties précoces entre J0 et J2, les maternités ont la responsabilité d'organiser un dispositif relais de prise en charge à domicile avec les sages-femmes libérales de proximité. En 2010, 2 % des maternités indiquent une sortie habituelle entre J0 et J2.[13]

Ce dispositif doit être clairement protocolisé et partagé avec l'ensemble des professionnels du territoire. Les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) de mai 2004 sont supposées orienter ces pratiques, et une actualisation est en cours[14]. Cependant il n'y a aucune donnée sur l'effectivité de ces pratiques et sur les difficultés rencontrées dans leur mise en œuvre.

Dans le cas d'un post-partum physiologique (environ 80 % des situations), la sortie de maternité se fait au 3ème ou 4ème jour.

Les possibilités d'accompagnement sont différentes en fonction des ressources locales. Celles-ci peuvent comprendre :

des médecins généralistes ;

des médecins pédiatres;

les services de PMI plus ou moins proche et plus ou moins dotée : pédiatres ou généralistes, sages-femmes, puéricultrices ou infirmières, dont la vocation est de s'adresser à tous les publics, mais auxquels il appartient de veiller à la prise en charge des familles jugées les plus vulnérables.

des sages-femmes libérales[15] ;

des puéricultrices libérales, très peu nombreuses (700 France entière en 2012, 641 en 2011), sans reconnaissance de leur diplôme auprès des instances administratives ;

des réseaux périnatalité selon les cas.

[13] « Les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003 » Rapport DREES juillet 2011- tableau 9

[14] Ibidem : HAS, note de cadrage – « Sortie de maternité après accouchement : conditions optimales pour proposer un retour à domicile » (actualisation), mai 2012

[15] Selon le code de la Santé Publique (L2112-2) : ils organisent « Des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressées et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations ».

Le dispositif du PRADO (Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile), destiné à sécuriser le retour à domicile, est en cours de généralisation dans les différentes caisses départementales de l'Assurance maladie. Il s'agit d'une offre d'accompagnement du retour à domicile des patientes hospitalisées et de leur enfant qui consiste, à la maternité, en une rencontre entre la mère et une Conseillère de l'Assurance maladie. Celle-ci **propose la visite d'une sage-femme libérale dès le retour à domicile (2 visites à domicile sont prévues entre J0 et J7**). L'objectif de ce programme est d'améliorer le taux de satisfaction des femmes et d'éviter l'HAD pour les grossesses qui ne le nécessitent pas. Ce dispositif, qui a été mis en place de façon expérimentale sans concertation préalable avec l'ensemble des acteurs concernés, n'a pas encore pu faire l'objet d'une évaluation.

Constat :

Malgré la multiplicité des dispositifs rappelés ci-dessus, la situation n'est pas satisfaisante. Ainsi, une étude récente a mis en évidence une augmentation importante de la fréquentation des 0-28 jours dans les services d'urgences pédiatriques, témoignant d'une organisation des soins insuffisante : la grande majorité (78 %) des enfants était conduite par leurs parents aux urgences hospitalières sans consultation préalable avec un médecin (pédiatre ou généraliste) (Claudet I et al, Archives de Pédiatrie, 2012).

*

La Commission préconise que le retour à domicile soit mieux organisé en amont, par une préparation renforcée au sein des maternités.

Pour Claudet I et al (déjà cité), il serait nécessaire de mieux dépister lors du séjour en maternité les mères les plus à risque de recours aux urgences (jeune, primipare, isolée, sans profession) par **une intervention plus précoce des services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) dans les établissements.**

Le principe du **PRADO** comme dispositif visant à préparer en amont la sortie de la maternité est à retenir comme l'une des composantes du lien hôpital-ville : à ce titre, il doit être revu avec l'ensemble des partenaires médicaux et paramédicaux pour s'inscrire dans un dispositif local plus large d'organisation du retour au domicile. Il doit aussi faire l'objet d'une évaluation.

Une évolution possible serait de reconnaître aux puéricultrices le fait de faire des entretiens à visée éducatives. Certaines maternités ont mis en œuvre des réunions de préparation à la sortie du service de maternité, très souvent réalisées par des puéricultrices, mais peu documentées : consultation en groupe avec plusieurs familles, permettant d'aborder les conseils de puéricultrice pour un retour à domicile moins stressant, où sont abordés notamment les conseils sur le couchage, sur le bébé secoué, les voyages, la préparation des biberons, l'allaitement… **Ces expériences devraient être généralisées** sur le territoire et reconnues dans l'activité des maternités comme activité de prévention et d'éducation.

Enfin, d'une manière générale, la mise en place d'une coordination, par exemple par une puéricultrice, au sein des maternités, permettrait de fluidifier le parcours de l'enfant et de ses parents en mettant en œuvre le réseau ville-hôpital et la communication entre tous les acteurs : pédiatre, sages-femmes, puéricultrices de PMI ou libérales, association, etc.

Par ailleurs, la Commission pense qu'une consultation médicale obligatoire autour du 15ème jour serait souhaitable: la perspective éloignée de la consultation du 1er mois et l'absence de choix de pédiatre ou généraliste avant cette date favorise un « recours anxiolytique » aux services d'urgences hospitalières facilement identifiables et accessibles de jour comme de nuit. Du fait des difficultés souvent rencontrées, liées à la très grande vulnérabilité du nouveau-né, dans cette période de la vie, un examen médical systématique autour du 15ème jour de vie semble opportun.

33. Petite enfance : de 1 mois à la veille du 6ème anniversaire

Besoin :

Jusqu'à son 6ème anniversaire, l'enfant doit faire l'objet d'une surveillance de sa croissance staturo-pondérale, de son développement physique, psychomoteur et psychologique, de la pratique des vaccinations ainsi que du dépistage précoce d'anomalies ou déficiences.

Dispositif :

C'est sur cette tranche d'âge que les moyens prévus sont les plus importants.

Établi en 1973 par décret du 2 mars 1973, le calendrier des examens de santé obligatoires répartit 19 examens entre 1 mois et le 6ème anniversaire qui succèdent au premier examen effectué dans les 8 jours qui suivent la naissance[16] : huit au cours de la première année, dont un au cours du neuvième ou dixième mois, trois du treizième au vingt-cinquième mois dont un au cours du vingt-quatrième mois ou du vingt-cinquième mois, et à deux par an pour les quatre années suivantes. Les examens du 9ème/ et du 24èmemois donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé transmis en PMI. Le bénéfice des allocations familiales était conditionné à la présentation de ces certificats de santé jusqu'en 2003[17], mais ce dispositif de contrôle-sanction a été supprimé.

A partir de 3 ans, la presque totalité des enfants sont scolarisés. Au moment de l'inscription à l'école maternelle ou primaire, un certificat médical n'est plus requis, mais une attestation doit être produite, prouvant que l'enfant a bénéficié des vaccinations obligatoires (telles que décrites dans les articles L.3111-2 et L.311-3 du code de Santé publique).

La PMI a pour mission d'organiser un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, en petite section d'école maternelle (article L2112-2 du CSP 2°).

Au cours de leur sixième année, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale au cours de laquelle un bilan de leur état de santé physique et psychologique est réalisé (article L541-1 du code de l'Éducation Nationale repris par l'article L2325-1 du CSP).

Constats :

* La connaissance est insuffisante pour permettre l'évaluation de la mise en œuvre du dispositif :

Les données collectées par la DREES sur les examens du 9ème au 24ème mois ne permettent pas de connaître de façon fiable le taux d'effectivité de ces examens : en 2010, 90 départements ont transmis des données pour les cs9 et 91 pour les cs24 mais les données représentent 43 % des enfants nés un an avant pour les cs9 et 35 % des enfants nés deux ans avant pour les cs24.

[16] Arrêté du 21 septembre 1976 modifiant l'arrêté du 26 mars 1973 relatif à la fréquence minimale des examens médicaux préventifs auxquels doivent être soumis les enfants du premier et du second âge

[17] Abrogation des articles R534-1 à 3 du code de la sécurité sociale par le Décret n°2003-1393 du 31 décembre 2003

Concernant le bilan de santé des enfants de 3 à 4 ans, confié à la PMI, il n'y a pas de données nationales complètes (il manque les données pour certains départements) pour connaître le taux de réalisation de ces bilans, ni d'indication sur les éventuels protocoles de ciblage (quartiers, écoles…). Sur la base des données départementales disponibles, on observe que ce taux de réalisation est très variable d'un département à l'autre en fonction des moyens et des priorités d'action de la PMI.

Le taux de réalisation du bilan de 6ème année réalisé par la médecine scolaire en grande section de maternelle constitue un indicateur de performance de la LOLF pour l'Éducation Nationale : ce taux était de 70,9 % en 2011.

* L'organisation des interventions

Le suivi médical des enfants jusqu'à leur 6ème anniversaire est partagé entre les pédiatres (particulièrement jusqu'à 2 ans), les généralistes et les services de PMI. La médecine scolaire n'intervient qu'en fin de maternelle pour le bilan de la 6ème année.

L'ensemble des rapports publics ayant trait à la santé de l'enfant, les auditions réalisées par la Commission et les travaux en cours à l'initiative de certaines ARS pour définir les besoins en pédiatrie convergent pour dénoncer la trop forte indétermination des rôles assignés aux différents professionnels de santé en charge de l'enfant.

En effet, après l'âge de deux ans, une grande partie des enfants est prise en charge par les médecins généralistes, comme acteurs de premier recours. Toutefois, la multiplicité des intervenants, plus ou moins disponibles et accessibles selon les endroits, ainsi que l'absence de lisibilité des recours et parcours préconisés aux familles, produisent un accès inégalitaire à la santé pour les enfants comme pour les familles, ainsi qu'un recours aux urgences souvent injustifié.

D'une part, l'on observe des interventions de la médecine communautaire peu ou pas coordonnées avec la médecine ambulatoire et une définition des missions de prévention floues pour les familles ; d'autre part, la prise en charge de l'enfant manque souvent de cohérence par défaut de cohésion entre le pédiatre ambulatoire et les autres intervenants. L'insuffisance numérique de pédiatres et, de ce fait, la disparité de répartition géographique en est l'une des raisons. Le manque de reconnaissance des autres médecins qui s'occupent d'enfants (médecins généralistes qui recourent souvent d'emblée à l'hôpital, pédiatres hospitaliers qui n'utilisent pas de relai) en est une autre.

Les soins primaires sont ainsi partagés entre généralistes et pédiatres, cependant que le pédiatre ambulatoire est insuffisamment mobilisé dans un rôle de deuxième recours, ce qui pourrait éviter bon nombre d'hospitalisations, de recours aux services d'urgence et de consultations dans les services hospitaliers. Une réflexion sur des parcours de soins spécifiques à l'enfant doit être engagée, avec en particulier le souci de favoriser la continuité des soins quand ils ont été mis en place précocement et d'éviter les changements d'intervenants ou de structures qui sont le plus souvent préjudiciables à terme.

En l'état actuel des connaissances, la Commission pense opportun que soient redéfinis le calendrier des âges-clefs auxquels doivent intervenir des consultations médicales obligatoires et spécifiques, en dehors des consultations réalisées pour des pathologies aiguës intercurrentes.

Le calendrier des examens obligatoires, tels que définis jusqu'alors, pourrait ainsi être réduit à 9 entre 1 mois et le 6ème anniversaire, répartis aux âges clés de la surveillance du développement de l'enfant : M1, M2, M3, M4, M9, M18, M24, 4ème année, 6ème année.

Cette piste de réduction du calendrier des examens obligatoires de dépistage ne conduit pas, dans l'esprit des membres de la commission, à supprimer toute surveillance aux autres âges, actuellement définis règlementairement pour des examens obligatoires. Entre les 9 échéances mentionnées ci-dessus, cette surveillance consisterait en examens de santé plus simples, voire en une surveillance déléguée à des puéricultrices.

En particulier, une attention doit être portée au respect du calendrier vaccinal recommandé, mais sans que les injections ou les rappels ne soient nécessairement réalisés par des médecins : vaccins et deuxièmes injections des 12ème et 16ème mois peuvent être réalisées par des puéricultrices.

Le contenu des examens obligatoires s'appuiera sur les recommandations pour la pratique clinique, élaborées par la HAS en 2005 sous la forme de « Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires »[18].

L'examen de santé de la 6ème année pourra être réalisé par le médecin régulier de l'enfant ou de la famille dans les territoires où la médecine scolaire ne peut le prendre en charge. Dans ce cas, ce bilan doit être transmis, sauf opposition des parents dûment informés[19], au médecin scolaire d'une part pour s'assurer de l'effectuation de l'examen pour tous les élèves, d'autre part pour permettre au médecin scolaire d'assurer sa mission de médecin de la santé de l'élève, au titre de laquelle il a à connaitre de tous les problèmes de santé qui peuvent entraver ou freiner les apprentissages. Il doit également, avec l'accord des parents[20] être le médecin référent pour la mise en place du parcours de soins en ces domaines.

Par ailleurs, il apparaît nécessaire de travailler à la définition et à la reconnaissance de consultations autonomes de puéricultrices, dans tous leurs lieux d'exercice (PMI, hôpital, EAJE, libéral), afin de répondre aux demandes croissantes par les familles de conseils de puériculture. Ces conseils qui font partie du rôle propre de la puéricultrice devraient être complétés par certaines activités qui feraient l'objet d'une extension des activités des puéricultrices[21].

[18] Les thèmes retenus ont été les suivants : les troubles psychologiques et psycho-comportementaux, les retards de développement, l'autisme et les troubles envahissants du développement, les troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention, les troubles du langage, l'obésité, les troubles de l'audition, les troubles de la vision, le saturnisme. Elles constituent des références pour la définition scientifique des méthodes et protocoles de dépistage.

[19] Voir Article L1110-4 du code de la santé publique

« …Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, **sauf opposition de la personne dûment avertie,** échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible…. »

[20] Article L1110-8 du code de la santé publique

[21] Par exemple la prescription de tire-lait, de lait infantile (sauf cas complexes), d'antalgique de niveau 1, vaccinations (hors première injection).

34. Enfance de 6 ans à la veille du 12ème anniversaire

Besoins :

Le besoin de surveillance de la santé des enfants entre 6 ans et leur 12ème anniversaire comprend :

La réalisation régulière de tests de dépistage pour le surpoids ou l'obésité et les facultés visuelles et auditives ;

Le respect du calendrier vaccinal ;

Le repérage et le diagnostic des troubles de l'apprentissage et du comportement (d'hyperactivité avec déficit de l'attention).

La réalisation d'un examen de santé approfondi à l'âge pré pubertaire, soit à l'entrée au collège pour apprécier en particulier les risques d'anomalies du développement pubertaire ; de scoliose ; d'asthme et rhino-conjonctivite allergique par exemple.

Dispositifs :

La fréquentation d'un établissement scolaire (école ou collège) est soumise au contrôle des vaccinations obligatoires.

A partir de 6 ans, c'est-à-dire après la visite de la 6ème année, le repérage des troubles de l'apprentissage et du comportement repose sur une capacité de vigilance et d'alerte de l'école et des parents concernant ces troubles dont le diagnostic est de la mission du médecin scolaire. Celui-ci dépiste et diagnostique tout ce qui a une incidence sur les apprentissages de l'élève (troubles physiques, cognitifs, psychologiques, sociaux). Il oriente si nécessaire l'élève pour des examens complémentaires et des prises en charge adéquates.

Le code de l'Éducation Nationale prévoit depuis 2007 (article L541-1, reproduit par l'article L2325-1 du code de la santé publique) qu'une visite médicale scolaire ait lieu lors de la 9ème année et de la 12ème année de l'enfant.

Les infirmières scolaires peuvent réaliser des dépistages infirmiers approfondis (vue, ouïe, taille, poids, dents, vaccins) pour les élèves de CE2 et les 6ème.

Les enfants peuvent être suivis en ville par un médecin pédiatre ou généraliste.

La PMI ne prend pas en charge les enfants au-delà de leur 6ème anniversaire hors les enfants relevant de protection de l'enfance.

Critique :

Après un suivi soutenu jusqu'au 6ème anniversaire, la tranche d'âge de 6 ans au 12ème anniversaire apparaît négligée, alors même qu'une surveillance sanitaire est nécessaire. Le système de suivi

repose donc principalement sur la sollicitation de la médecine ambulatoire (généraliste ou pédiatre) avec des risques évidents et avérés d'inégalité d'accès aux soins.

En matière de troubles de l'apprentissage et de troubles du comportement, le chaînage entre le repérage, le dépistage et le diagnostic complémentaire et/ou la prise en charge de soins quand ils sont nécessaires, constitue un point faible du système de suivi développemental de l'enfant. Trois déficiences de ce chaînage sont le plus souvent évoquées :

des pratiques d'orientation ou de prescription « sauvages » : les parents se voient conseillés par des professeurs, des infirmières, ou des travailleurs sociaux de consulter des spécialistes ou des professionnels de la rééducation sans que le médecin scolaire n'ait été sollicité pour un diagnostic ;

l'impossibilité pour le médecin scolaire de prescrire complique et retarde la finalisation des diagnostics ;

les territoires sont inégalement dotés en structures de prise en charge pour les soins.

Constats :

Il n'y a pas de données nationales sur le taux de réalisation par la médecine scolaire des examens de la 9ème et de la 12ème année mais il est reconnu qu'ils ne sont généralement pas effectués.

Ne sont pas connus statistiquement :

le taux de réalisation des dépistages infirmiers scolaires

la répartition détaillée des moyens de la médecine scolaire

la part des enfants n'ayant aucun examen de santé (ville ou école)

Seule une enquête triennale en milieu scolaire fournit quelques éléments sur l'état de santé des élèves de CM2 : en cours de refonte, la prochaine sera administrée en 2014-2015, la précédente datant de 2007-2008.

Un examen de santé obligatoire devrait être mis en œuvre de façon systématique pour tous les élèves durant leur 12ème année (soit à l'entrée au collège).

Cet examen de santé pourrait être réalisé par le médecin régulier de l'enfant ou de la famille dans les territoires où la médecine scolaire ne peut les prendre en charge. Dans le cas où il est réalisé en ville, il donnerait lieu à la transmission d'un bilan au médecin scolaire sauf opposition des parents dûment informés[22]. La transmission de ce bilan devrait constituer une obligation administrative, d'une part pour s'assurer de l'effectuation de l'examen pour tous les élèves, d'autre part pour permettre au médecin scolaire d'assurer sa mission de médecin de la santé de l'élève. Au titre de cette mission, il aurait à connaitre de tous les problèmes de santé qui peuvent entraver ou freiner les apprentissages. Il doit également être le médecin référent pour la mise en place du parcours de soins en ces domaines.

[22] Voir Article L1110-4 du code de la santé publique
« […] Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, **sauf opposition de la personne dûment avertie,** échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible […] »

Dans cette période de vie, beaucoup de troubles détectés le sont à l'occasion des difficultés rencontrées dans le domaine scolaire. Compte tenu de cela le médecin scolaire ainsi que le service de santé scolaire (infirmière et assistante sociale) sont des interlocuteurs incontournables.

Quand, au sein de l'école, un trouble est repéré ou dépisté par un acteur de l'école (enseignant, membre de l'équipe médico-sociale), le médecin scolaire devrait pouvoir effectuer avec l'accord des parents[23], des orientations et prescriptions de diagnostics et de soins pour tous les troubles qui ont directement trait aux capacités d'apprentissage de l'élève, lorsque ces soins n'ont pas déjà été mis en place. Il devrait de ce fait être autorisé à établir les prescriptions nécessaires à la finalisation des diagnostics.

Lorsque les soins sont déjà mis en place, il lui appartient d'établir une liaison entre le lieu de traitement choisi par la famille et l'équipe éducative, pour éviter des réorientations coûteuses et souvent démobilisatrices.

Au regard de leur formation et de leurs compétences, les **puéricultrices** pourraient trouver une place légitime dans la médecine scolaire en France.

[23] Article L.1110-8 du code de la santé publique

35. Adolescence : de 12 ans à la veille du 18ème anniversaire

Besoins :

La traversée et la sortie de l'adolescence est une période complexe qui expose à des pathologies somatiques mais surtout psychiques délicates à repérer et à soigner. Le besoin de surveillance de la santé des enfants de 12 au 18ème anniversaire comprend :

Le diagnostic des anomalies du développement pubertaire ;

Le respect du calendrier vaccinal ;

L'éducation à la sexualité, l'accès à la contraception et la prévention des IST et des grossesses non désirées;

La prévention primaire et secondaire de la santé mentale et des troubles du comportement : troubles anxieux, conduites à risque, troubles des conduites, troubles oppositionnels ; conduites suicidaires, consommation de produits, pratiques addictives, troubles du comportement alimentaire, dépression.

La prévention du décrochage scolaire.

L'organisation des consultations médicales doit être adaptée à la maturité du patient, au caractère délicat des sujets abordés et au besoin de respect de l'intimité de l'adolescent vis-à-vis de ses parents.

Dispositifs :

1. L'Éducation Nationale a depuis 2007 (loi sur la protection de l'enfance) en théorie pour mission d'organiser une visite médicale obligatoire au cours de la 15ème année de l'enfant (Article L541-1 du code de l'Éducation Nationale, reproduit par l'article L2325-1 du code de la santé publique).

Seuls les enfants qui sont orientés vers l'enseignement professionnel en fin de troisième bénéficient d'une visite médicale qui vise principalement à établir un avis d'orientation (contre-indications éventuelles ou inaptitudes à certains exercices professionnels).

Par ailleurs, dans trois départements, les CPAM ont expérimenté la mise en place d'une consultation préventive en ville chez les primo-adolescents (12 ans pour les filles et 13 ans pour les garçons).

2. La fréquentation des établissements scolaires reste cependant à ces âges comme aux autres soumise à l'obligation d'être à jour pour les vaccinations obligatoires. Certaines formations professionnelles obligent également à des vaccins spécifiques (hépatites B dans les formations sanitaires et sociales).

3. Les infirmières scolaires ont une mission d'éducation collective à la santé en particulier en matière de sexualité et de contraception. Elles ont également un rôle de conseil individuel et peuvent administrer la contraception d'urgence en milieu scolaire dans les cas « d'urgence et de détresse caractérisée ».

Les centres de planification ou d'éducation familiale (services des départements ou de l'État) sont des lieux d'information, de soins, et de délivrance de moyens contraceptifs ou d'IVG anonymes et gratuits ouverts aux adolescents.

4. En matière de santé mentale, les infirmières scolaires ont une mission clé de clinicienne pour repérer les difficultés individuelles des élèves.

Enfin, les maisons des adolescents sont une réponse spécifique en cours de généralisation qui permettent dans un même lieu un accès ouvert à : des spécialistes de la santé mentale, une consultation de gynécologie et de conseil en matière de contraception, une consultation de nutrition, une consultation de médecine générale, une « consultation » juridique, un point d'accès au droit et éventuellement une "consultation" d'orientation scolaire ou préprofessionnelle.

Critique :

Si les jeunes de 12 à 18 ans sont globalement en bonne santé, ils ont exposés à des risques spécifiques et ne font pour cela l'objet d'aucune attention systématique.

La Commission n'a pas posé de diagnostic précis sur les volets éducation à la sexualité et accès à la contraception.

Constats :

L'Éducation Nationale, faute de moyens, ne met pas en œuvre les visites médicales de la 15ème année.

Le suivi médical à ces âges repose donc très certainement sur le médecin de famille ou le médecin de l'enfant/adolescent/jeune. Là encore, l'absence de données de la CNAMTS de consommations de soins de ville ne permet pas d'évaluer la part de ceux qui ne consultent pas et qui n'ont donc aucune occasion de suivi. La mesure expérimentale d'une consultation préventive en ville chez les primo-adolescents (12 ans pour les filles et 13 ans pour les garçons) n'a rencontré qu'un faible succès quantitatif et moins de 10 % des enfants ont consulté. Le protocole pour systématiser les visites de prévention et s'assurer qu'elles bénéficient aux enfants les moins suivis en particulier, est entièrement à inventer.

Il n'y a pas encore de bilan autre que quantitatif des maisons des adolescents.

C'est à 13 ans (14ème année, généralement en classe de 4ème) et à 15 ans (16ème année, généralement en classe de 2nde) que les pathologies cibles à dépister chez l'adolescent pourraient être le mieux diagnostiquées. La Commission estime qu'il serait utile que soient instaurés deux examens obligatoires à ces âges respectifs. Prenant acte des limites quantitatives de la médecine scolaire, elle estime que ces examens pourraient être réalisés par le médecin régulier de l'adolescent.

La Commission souligne également l'importance de la coordination des acteurs dans le champ de la santé mentale et physique.

* *

*

Annexes

1. Lettre de mission
2. Composition de la commission
3. Liste des auditions
4. Liste des contributions
5. Principaux rapports consultés par la commission
6. Fiches documentaires sur le système de santé de l'enfant
    - 6.1 Cadrage démographique
    - 6.2 Définition de l'enfant et éléments de cadrage juridique
    - 6.3 Suivi médical de l'enfant
    - 6.4 Dossier médical
    - 6.6 Indicateurs de santé de l'enfant
    - 6.7 Médecine scolaire
    - 6.8 PMI
    - 6.9 Effectifs des professionnels de santé impliqués dans la santé de l'enfant

Annexe 1 : Lettre de mission

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE

SECRETARIAT D'ETAT A LA SANTE

Direction générale de l'offre de soins

La directrice générale

MERC/11/n° Mercure D/3497

Paris, le 25 NOV. 2011

Monsieur le Président,

La prise en charge de la santé de l'enfant, fait intervenir des acteurs multiples (sages-femmes, infirmières puéricultrices, pédiatres, médecins généralistes, médecins scolaires, enseignants, parents ...) et couvre un large champ (naissance, prévention, soins, suivi du développement de l'enfant).

La Direction générale de l'offre de soins doit proposer les voies d'une meilleure efficience du système de santé, au travers de l'organisation des interventions des acteurs actuels mais également de l'émergence éventuelle de métiers nouveaux en santé, et de nouvelles formes d'exercice de la médecine. Il me semble à ce titre important de lancer une réflexion par grand champ de la santé, en commençant dès 2011 par la santé de l'enfant.

C'est pourquoi je souhaite que l'ONDPS anime des journées de réflexion relatives à la prise en charge de l'enfant afin de proposer des recommandations dans ce champ au regard de l'évolution des métiers et de l'articulation entre les acteurs.

Cette réflexion sera organisée sous l'égide d'une commission composée par vos soins. Je tiens cependant à ce qu'y soient représentés les professions de santé impliquées dans la santé de l'enfant ainsi que des représentants de la société civile et les acteurs de l'organisation des soins.

Cette commission travaillera à partir d'une synthèse des travaux et des données déjà disponibles, réalisée sous la responsabilité de l'Observatoire, mais surtout à partir d'auditions très larges qu'il vous appartient d'organiser en veillant à prendre connaissance des positions et des propositions des différents acteurs. La participation éventuelle d'un expert étranger pourra être sollicitée.

Professeur Yvon BERLAND
Président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé
Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP

14, avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP – Tél. 01 40 56 60 00
www.sante.gouv.fr/offre-de-soins

Annexe 2 : Composition de la Commission

Commission présidée par le Professeur Yvon BERLAND, président de l'ONDPS

Membres :

Organisme	**Prénom/Nom**
ONDPS	Martine BURDILLAT, secrétaire générale
	Anny GOLFOUSE, secrétaire générale
DGOS/RH1	Marjorie SOUFFLET-CARPENTIER
	Corinne REGNARD
DGS	Dominique DE PENANSTER
	Brigitte LEFEUVRE
DREES	Marie CAVILLON
CNAMTS	Marie-Christine KETERS
	Remplaçante
	Dominique LESELLIER
HAS	Nathalie POUTIGNAT
Conférence nationale de santé	Bernadette DEVICTOR
	Alexandre VISCONTINI
Société Française de Pédiatrie	Pr Brigitte CHABROL
Collège de la Médecine Générale	Pr Pierre-Louis DRUAIS
Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent	Dr Marie-Michèle BOURRAT
Association Nationale des Puéricultrices Diplômées et des Étudiantes	Sébastien COLSON
Union nationale des associations familiales	Nicolas BRUN
Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant	Dr Bertrand CHEVALLIER

Annexe 3 : Liste des auditions

22 février 2012
Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes (CNOSF)
Marie Josée KELLER, présidente
Marianne BENOIT TRUONG CANH, vice-présidente

Pr Danièle SOMMELET
Auteur du Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent, rapport au Ministre de la Santé, octobre 2006

Syndicat National des Médecins de PMI
Pierre SUESSER, Président, PMI de Seine Saint Denis
Laurence DESPLANQUES, PMI de Paris
Dominique GORIAUX, PMI de la Manche

21 mars 2012
Conseil National Professionnel de Pédiatrie (CNPP)
Dr Catherine SALINIER, présidente de l'AFPA, membre du CNPP
Pr Alain CHANTEPIE, Président du CNPP

Collège national des Gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)
Pr PUECH Président de la CNNSE et Président du CNGOF

Ministère de l'Éducation Nationale - Direction générale de l'enseignement scolaire
Roger VRAND, sous-directeur de la vie scolaire, des établissements et des actions socio-éducatives
Nadine NEULAT-BILLARD, chef du « Bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité »

11 avril 2012
Fédération nationale des orthophonistes (FNO),
Nicole DENNI-KRICHEL, Présidente
Françoise GARCIA, vice-présidente chargée de la prévention

Collège de la médecine générale (CMG),
Pr Pierre-Louis DRUAIS, Président du CMG
Pr Vincent RENARD, Président du Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale

Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiantes (ANPDE),
Sébastien COLSON, Président

25 avril 2012
Association des médecins conseillers techniques de l'Éducation Nationale (ASCOMED)
Dr Marie-Thérèse ROUX, Présidente
Dr Marie-France LE GAL, membre conseiller du Conseil pédagogique

Annexe 4 : Principaux rapports consultés par la Commission

I – Rapports publics

- Rapport de mission au Ministre de la Santé sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent
  L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé
  Pr D. SOMMELET - Octobre 2006

- Rapport de la Cour des comptes
  Contribution à l'évaluation de la médecine scolaire
  Rapport demandé par le Président de l'Assemblée Nationale pour le Comité d'Évaluation et de Contrôle des politiques publiques -2011

- Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)
  Étude sur la protection maternelle et infantile en France, rapport de synthèse
  Présenté par D. JOURDAIN-MENNINGER, B. ROUSSILLE, P. VIENNE, C. LANNELONGUE - Novembre 2006

- Rapport de l'IGAS
  La prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents
  C. TROUVE, P. VIENNE, B. MARROT - Février 2003

- Rapport du Conseil Économique, Social et Environnemental
  La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge
  Avis présenté par M. J-R. BUISSON - 2010

- Rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS)
  Recommandations pour la pratique clinique
  Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires - Septembre 2005

- Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)
  Principales Recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique - 2010

II - Rapports d'organisations professionnelles

- Association de pédiatrie ambulatoire (AFPA)
  Pour une meilleure prise en charge de la santé des enfants et des adolescents et pour l'avenir de la pédiatrie française
  A. BOCQUET, R. ASSATHIANY, F-M. CARON, G. DANJOU, J-M. MULLER, F. TOURSEL, B. VIREY - Mars 2006

- Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)
  Santé de l'enfant et de l'adolescent – Prises en charge
  Dr I. BOHL -Novembre 2011

Annexe 5 : Liste des contributions

- Haut conseil de la santé publique (HCSP), 2012, Synthèse des travaux du HCSP relatif à « La santé de l'enfant »
- Médecins de PMI
- Association des Médecins conseillers techniques de l'Éducation Nationale (ASCOMED), Promotion de la santé à l'école : des perspectives. Propositions pour construire des orientations politiques en réponse aux besoins des élèves en 2011 ; définir la contribution des médecins à l'atteinte des objectifs.
- Collège de Médecine générale
- S. COLSON, président de l'Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiantes (ANPDE)
- F. BRAULT, ANPDE, 2013, L'infirmière puéricultrice en exercice libéral
- Conseil national professionnel de pédiatrie (CNPP)
- B. CHEVALLIER, P-L. DRUAIS, M-M. BOURRAT, S. COLSON, B. CHABROL, 2012, Besoins de santé de l'enfant et de l'adolescent 2012 : évolutions des métiers et articulation entre les acteurs

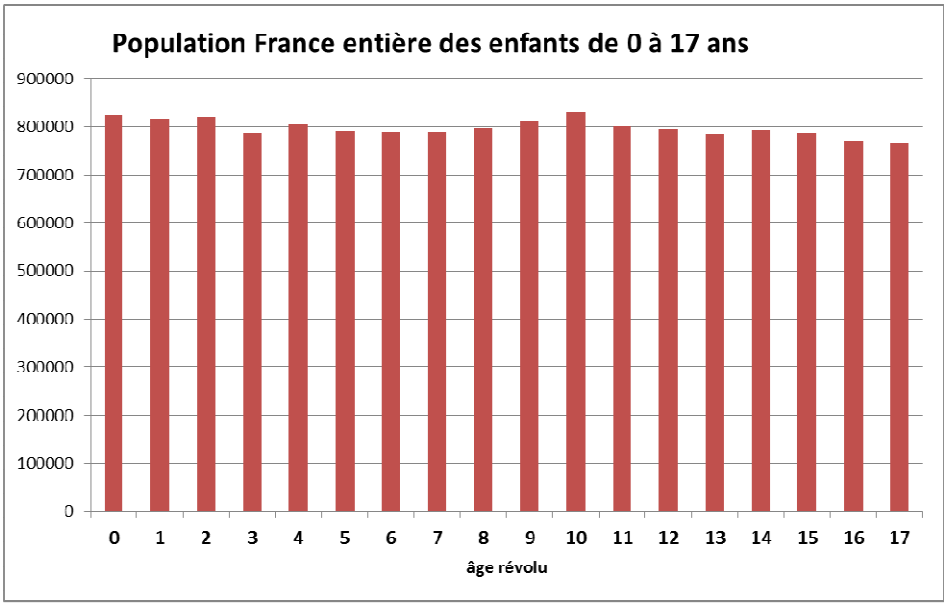
Annexe 6 : Fiches documentaires sur le système de santé de l'enfant

6.1 Cadrage démographique

En synthèse :
Des cohortes annuelles de plus de 800 000 nouveaux nés.
Un âge de la mère à la première naissance de plus en plus avancé

Répartition des enfants par âge
Il y a environ 800000 enfants d'un âge donné en 2010 en France (graphique 1). Les cohortes sont tendanciellement à la hausse, mais peuvent connaitre des alternances de hausse et de baisse significatives.
La population des enfants, entendue comme l'ensemble des personnes résident en France âgées de moins de 18 ans, représente 22 % de la population totale du pays en 2010 avec un effectif de 14,3 millions. Les garçons sont plus nombreux et représentent 51.1 % de l'effectif de la tranche d'âge.

Graphique 1



Source : Insee, estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2010).

Tableau 1 : Population des moins de 18 ans par sexe et âge

	Masculin	Féminin	Total	poids dans la population totale
0-4 ans	2 072 946	1 982 442	4 055 388	6 %
5-9ans	2 035 324	1 945 274	3 980 598	6 %
10-14 ans	2 053 913	1 949 720	4 003 633	6 %
15-17 ans	1 186 857	1 136 373	2 323 230	4 %
Total 0-17 ans	**7 349 040**	**7 013 809**	**14 362 849**	**22 %**

Source : Insee, estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2010).

Fécondité

La France se distingue jusqu'à présent des autres pays européens par le maintien et surtout la hausse de son taux de fécondité : « Malgré la crise économique, les naissances ont été nombreuses en France en 2010 : 797 000 en métropole, d'après l'Insee, soit un peu plus que les 793 400 de 2009, et un record depuis 1982. L'indicateur de fécondité atteint 2,00 enfants par femme en France métropolitaine en 2010, un niveau jamais atteint depuis la fin du baby-boom il y a plus de 35 ans »[24]

Selon l'Insee : En 2010, la progression de la fécondité est imputable en totalité aux femmes de plus de 30 ans, et surtout à celles de 35 ans ou plus. L'âge moyen à l'accouchement continue sa progression. Pour la première fois en France, il atteint la barre symbolique des 30 ans. Barre déjà franchie en 2009 en métropole, où l'âge moyen s'établit à 30,1 ans en 2010, après 30 ans en 2009. C'est deux ans de plus qu'en 1988 et trois de plus qu'en 1982. Les femmes sont deux fois plus nombreuses qu'il y a vingt ans à accoucher après 40 ans, même si cela reste encore assez peu répandu. Il faut remonter aux années qui ont suivi la deuxième guerre mondiale pour trouver des naissances tardives aussi importantes. Les femmes âgées de 35 à 39 ans sont, elles aussi, beaucoup plus nombreuses à accoucher qu'il y a vingt ans (17 % des naissances contre 10 %). À l'inverse, seulement 46 % des bébés nés en 2010 ont une mère de moins de 30 ans, alors qu'ils étaient 62 % en 1990.

[24] G. PISON, Deux enfants par femme dans le France de 2010 : la fécondité serait-elle insensible à la crise économique ?, Population et Sociétés n°476, Ined, mars 2011,

Tableau 2 : fécondité par âge

	Nombre de naissances pour 100 femmes					Âge moyen des mères (en années) (1)
	15-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40 ans ou plus	
1994	3,4	12,9	9,4	3,8	0,4	28,8
1995	3,3	13,2	10,0	4,0	0,4	28,9
1996	3,2	13,1	10,4	4,2	0,4	29,0
1997	3,1	12,8	10,5	4,3	0,4	29,1
1998	3,1	12,9	10,9	4,6	0,5	29,3
1999	3,1	12,9	11,1	4,8	0,5	29,3
2000	3,3	13,4	11,7	5,0	0,5	29,3
2001	3,4	13,2	11,7	5,1	0,5	29,3
2002	3,3	13,0	11,6	5,2	0,6	29,4
2003	3,3	12,9	11,9	5,3	0,6	29,5
2004	3,3	12,9	12,0	5,4	0,6	29,5
2005	3,2	12,8	12,3	5,6	0,6	29,6
2006	3,3	13,1	12,7	6,0	0,7	29,7
2007	3,2	12,8	(r) 12,6	6,1	0,7	29,8
2008 (p)	3,3	12,9	(r) 12,9	6,2	0,7	29,8
2009 (p)	3,2	(r) 12,8	13,0	6,3	0,7	29,9
2010 (p)	3,1	12,7	13,3	6,4	0,7	30,0
p : données provisoires.						
r : données révisées.						
(1) : âge calculé pour une génération fictive de femmes qui auraient à chaque âge la fécondité observée pour les femmes du même âge l'année considérée.						
Champ : France.						
Source : Insee, estimation de population et statistiques de l'état civil.						

- **Éléments de prospective**

Dans l'article déjà cité, G. PISON indique que : « Si les ralentissements économiques des soixante dernières années en France ont généralement été suivis d'une diminution des naissances, des exceptions demeurent notamment lors de la dernière récession ». Par ailleurs, l'examen des effets démographiques des crises dans les principaux pays de l'OCDE rend difficile une conclusion univoque avec des phénomènes observés différents selon les pays et un effet moyen d'un doublement du taux de chômage somme toute très faible (baisse moyenne de la fécondité de 0,09 enfant seulement). Le principal résultat serait que les crises ont surtout un effet de retard sur l'âge des naissances, et principalement pour le premier enfant. Mais là encore avec des effets contrastés selon les situations des ménages : ainsi chez les femmes les plus instruites, la hausse du chômage ou de l'indicateur de confiance dans l'avenir tend à retarder l'âge des naissances alors que l'effet est inverse chez les femmes les moins instruites.
L'Insee publie des estimations de population selon une hypothèse du maintien des comportements actuels de fécondité (Tableau 3). Dans ce scénario, l'effectif des moins de 20 ans est très stable jusqu'en 2040 au moins aux environ de 15,8 millions (et un poids relatif en baisse compte tenu de l'augmentation du poids relatif des dernières tranches d'âge).

Tableau 3 : Projection de population à l'horizon 2060 et structure par âge

	Population au 1er janvier (en millions)	**Moins de 20 ans**	**20 ans à 59 ans**	**60 ans à 74 ans**	**75 ans ou plus**	**Effectif des moins de 20 ans (en millions)**
2015	64,5	24,2 %	51,0 %	15,5 %	9,3 %	15,6
2020	66,0	23,9 %	49,6 %	17,0 %	9,4 %	15,8
2025	67,3	23,5 %	48,4 %	17,2 %	10,9 %	15,8
2030	68,5	23,0 %	47,5 %	17,1 %	12,3 %	15,8
2035	69,7	22,6 %	46,7 %	17,1 %	13,6 %	15,8
2040	70,7	22,4 %	46,6 %	16,3 %	14,7 %	15,9
2050	72,3	22,3 %	45,9 %	15,9 %	16,0 %	16,1
2060	73,6	22,1 %	45,8 %	15,9 %	16,2 %	16,2

Champ : France métropolitaine.
Source : Insee, projections de population 2007-2060.

6.2 Définition de l'enfant et éléments de cadrage juridique

L'hétéronomie de l'enfant due aux limites de son discernement quand il est jeune, et à sa soumission juridique jusqu'à la majorité (ou son émancipation), est un paramètre très structurant de la réflexion sur la santé des enfants.
Quelques rappels sont donnés ici quant à la responsabilité des parents et à la couverture maladie des mineurs.

L'enfant : quel âge ? quels âges ?
La réflexion sur la prise en charge de la santé de l'enfant suppose une définition de la population à l'étude. Deux options se posent :
Une option limitative dans laquelle l'enfance s'arrête au seuil de l'adolescence (10 ans ?) ;
Une option extensive dans laquelle l'enfance englobe l'adolescence.
Dans tous les cas, les déterminants biologiques, psycho-sociaux et culturels rendent discutables les limites d'âge posées pour définir chaque « phase » (enfance, adolescence, jeunesse). L'OMS définit elle-même l'adolescence comme la période 10-19 ans et la jeunesse comme la période 15-24 ans.
La norme internationale pour définir l'enfance est la classe d'âge 0-17 ans :

Article 1 de la Convention internationale des droits de l'enfant – ONU NY 1998

Au sens de la présente Convention, un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable.

Cette approche est celle du Pr Sommelet dans son rapport « *Recommandation : La politique de santé de l'enfant et de l'adolescent doit, dans tous ses domaines, s'appliquer à la période allant de la conception à l'âge de 18 ans.* »

Rappel de quelques âges limites reconnus par la loi et impactant les modalités de l'accès aux soins :

Age seuil	**Droits**
	Droit Civil / Pénal
18 ans	A partir de 18 ans : Majorité légale (Art 388 Code Civil)
16 ans	A partir de 16 ans : possibilité d'émancipation (Art 413-2 Code Civil)
15 ans	A partir de 15 ans : « Majorité sexuelle » (Article 227-25 Code Pénal)
18 ans	A partir de 18 ans : majorité matrimoniale (Art 144 code civil) et droit au PACS (Art 515-1 code civil)
	Accès aux droits (assurance maladie)
16 ans 20 ans	Avant 16 ans : Ayant droit des parents ou tuteurs pour l'assurance maladie Prolongé jusqu'à 20 ans en cas de poursuite d'étude
16 ans	Avant 16 ans : Pas de franchise médicale.
18 ans	Avant 18 ans : exonération des franchises et de la participation forfaitaire de 1 euro sur les actes et

	consultations (mais pas de dispense du forfait hospitalier sauf pour les enfants handicapés)
	Accès aux soins
16 ans	Accueil avant 16 ans obligatoire en service infanto-juvénile, à partir de 16 ans possible en secteur adulte ou toujours en infanto juvénile avant 18 ans
16 ans	Avant 16 ans : Pas de parcours de soins coordonné, et donc recours direct au pédiatre ou à tout autre spécialiste
	Cas des enfants accueillis par la Protection de l'enfance
18 ans	Avant 18 ans : suivi clinique obligatoire en PMI

- **Responsabilité et rôle des parents quant à la santé de l'enfant**

La santé de l'enfant relève de ses pères et mères. Ce sont à eux de décider des soins à donner à leur enfant.
Le repérage du défaut de soins est un des enjeux des politiques relatives à la protection de l'enfance.
Ce sont les parents (ou les détenteurs de l'autorité parentale) qui donneront leur accord pour des opérations, pour l'admission de l'enfant dans un hôpital, etc. Aucun acte médical ne peut être pratiqué sur l'enfant sans l'accord des parents.
Il n'y a trois cas où ce droit échappe aux parents :
lorsqu'il y a urgence,
si le refus de soins des parents expose l'enfant à des risques graves,
En matière de contraception et d'IVG (cf. infra).
Dans les textes, il est dit que le mineur doit être associé à la décision le concernant d'une manière adaptée à son degré de maturité. Pour ce faire, il faut l'informer sur son état de santé Cette information sera donné au mineur par ses pères et mères mais les enfants ont aussi le droit de recevoir l'information du médecin.
Si jamais un enfant ne veut pas subir une opération mais qu'il a l'autorisation de ses pères et mères, le médecin peut passer outre le refus du mineur. L'enfant n'a en effet que le droit d'information et non pas le droit de choisir.
Un mineur a le droit de consulter seul un médecin. Cette liberté lui est accordée car la jurisprudence établit que l'acte qu'il accomplit en allant voir le médecin est un acte usuel. Donc le mineur peut l'accomplir seul. Cependant, s'il y a traitements ou opérations, le médecin sera obligé d'aviser les parents et donc d'obtenir l'autorisation des titulaires de l'autorité parentale.
Toutefois, en ce qui concerne l'usage des contraceptifs, les mineurs n'ont besoin d'aucune autorisation (art L5134-1 du code de la santé).
Une jeune fille qui désire se faire avorter n'a plus besoin de l'autorisation du titulaire de l'autorité parentale.

Article 371-1 du code civil
L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant.
Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne.
Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité.

Article L1111-4 du code de la santé publique
Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

(…..)
Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables. (…..)

Article L1111-5 du code de la santé publique
Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.
Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'Assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

- **Assurance maladie des mineurs**

Tout enfant à sa naissance doit être déclaré à la Sécurité Sociale pour qu'il figure comme ayant-droit de ses parents ou de la personne de laquelle il dépend légalement.

Les enfants, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs, recueillis ou pupilles de la nation lorsque l'assuré est leur tuteur, bénéficient en qualité d'ayant-droit, des mêmes prestations que l'assuré social auquel ils sont rattachés (en dehors de spécificités médicales comme la prise en charge à 100 % pour une affection de longue durée).

Auront cette qualité d'ayant-droit :
• Les enfants de moins de 16 ans.
• Les enfants de moins de 20 ans poursuivant leurs études.
• Les enfants de moins de 20 ans infirmes ou atteints d'une maladie chronique les mettant dans l'impossibilité de se livrer à un travail salarié.
• L'enfant de plus de 20 ans ayant interrompu ses études pour cause de maladie conserve sa qualité d'ayant droit jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle il atteint son 21ème anniversaire.

A partir de 16 ans, les assurés doivent déclarer un médecin traitant et les remboursements de leurs dépenses de santé de ville sont encadrés par la règlementation relative au parcours de soins coordonnés. Les mineurs de 16 et 17 ans doivent avoir l'accord de l'un des deux parents ou titulaires de l'autorité parentale qui doit également signer la déclaration de médecin traitant.

Avant 16 ans, les enfants ne sont pas concernés par le parcours de soins coordonnés. Selon le site de l'Assurance maladie :

Les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés par ce dispositif car ils ont leur propre parcours de soins organisés selon leur âge avec les examens obligatoires du nourrisson, le calendrier des vaccinations et les examens de médecine scolaire aux âges clés. Le carnet de santé contribue à la coordination des soins.

En particulier, l'accès au pédiatre (entre autre spécialiste) est direct.

Enfin, les enfants de moins de 18 ans ne sont pas concernés par les franchises médicales et la participation forfaitaire de un euro.

Tableau 1 : Synthèse pour l'assurance maladie des moins de 18 ans

Situation	Statut	Assurance maladie	Parcours de soins
Avant 16 ans	Ayant droit	Régime des parents	Sans
16-17 ans scolarisé ou étudiant	Ayant droit	Régime des parents	Médecin traitant et parcours de soins coordonné
16-17 ans apprentis	Assuré	Régime général	Idem
16-17 ans sans emploi, non étudiant	Assuré	CMU	idem

- **Accès à une complémentaire santé**

Les données de l'IRDES ne distinguent que les moins de 16 ans.

Tableau 2 : Taux de couverture par une complémentaire santé des moins de 16 ans

	Moins de 16 ans	Pop générale
% exonérés du TM pour raison médicale	2,6 %	14,5 %
% bénéficiaires de la CMU-C	9,0 %	5,8 %
% couverts par une CC privée (base non CMU-C)	86,7 %	88,3 %
TOTAL % CC privé ou CMU-C ou exonération TM	95,6 %	95,2 %

Source : ESPS2008, IRDES

6.3 Suivi médical de l'enfant

La loi prévoit un suivi soutenu du développement et de la santé de l'enfant et de l'adolescent. Le dispositif d'ensemble est relativement complexe et ressort de la responsabilité de plusieurs acteurs sans que le système ne soit véritablement administré.
Il mêle :

- 20 examens obligatoires entre 0 et 6 ans pouvant être réalisés par des médecins libéraux, pédiatres ou généralistes, hospitaliers ou de PMI.
- Des consultations possibles par la PMI en grande section de maternelle
- 4 bilans de médecine scolaire réputés obligatoires.

Rappel du cadre légal

Code de la Santé Publique :

Examens de santé obligatoire entre 0 et 6 ans :

Article L2132-2
Tous les enfants de moins de six ans bénéficient de mesures de prévention sanitaire et sociale qui comportent notamment des examens obligatoires. […]

Article R2132-1
Les enfants sont soumis à des examens médicaux obligatoires dont le nombre est fixé à neuf au cours de la première année, dont un dans les huit jours de la naissance et un au cours du neuvième ou dixième mois, trois du treizième au vingt-cinquième mois dont un au cours du vingt-quatrième mois ou du vingt-cinquième mois, et à deux par an pour les quatre années suivantes. Le calendrier des examens est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.
Les examens sont faits soit par un médecin d'une consultation de protection maternelle et infantile, soit par un médecin choisi par les parents de l'enfant ou par la personne ayant la garde de celui-ci. Ils ont pour objet la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations.
Les résultats de ces examens sont mentionnés dans le carnet de santé institué par l'article L. 2132-1.

Article R2132-2
Donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé les examens subis dans les huit jours de la naissance, au cours du neuvième mois et au cours du vingt-quatrième mois.

- **Examens bucco dentaires :**

Article L2132-2-1
Dans l'année qui suit leur sixième et leur douzième anniversaire, les enfants sont obligatoirement soumis à un examen bucco-dentaire de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie. Cet examen ne donne pas lieu à contribution financière de la part des familles. Cette obligation est réputée remplie lorsque le chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie atteste sur le carnet de santé mentionné à l'article L. 2132-1 de la réalisation des examens dispensés. […]

- **Rôle de la PMI :**

Article L2112-2
Le président du conseil général a pour mission d'organiser :
[…]
2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle ;
[…]
4° bis Des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressées et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations ;
[…]
Le service contribue également, à l'occasion des consultations et actions de prévention médico-sociale mentionnées aux 2° et 4°, aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Il oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées.

- **Rôle de la médecine scolaire :**

Article L541-1
Au cours de leur sixième, neuvième, douzième et quinzième années, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale au cours de laquelle un bilan de leur état de santé physique et psychologique est réalisé. Ces visites ne donnent pas lieu à contribution pécuniaire de la part des familles.
Les parents ou tuteurs sont tenus, sur convocation administrative, de présenter les enfants à ces visites, sauf s'ils sont en mesure de fournir un certificat médical attestant que le bilan mentionné au premier alinéa a été assuré par un professionnel de santé de leur choix.
[…]
A l'occasion de la visite de la sixième année, un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage est organisé. 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.
[…]

Age de l'enfant	Examen	Statut	Effecteur	Trace	Indicateur de réalisation
Grossesse					
4ème mois de grossesse	Entretien au 4ème mois	Obligatoire	PMI / MG / Gyn / Sage Femme	carnet de maternité	NR
3ème trim grossesse	Consultation prénatale	Recommandé	PMI / MG / Gyn	carnet de maternité	NR
Périnatalité					
8ème jour	Consultation néonatale CS8 : Antécédents, suivi prénatal, déroulement de l'accouchement, état de l'enfant à la naissance, pathologies de la première semaine	Obligatoire n°1	Maternité	certificat de santé envoyé en PMI	Données nationales incomplètes : ta de recueil national estimé à 57% pou 2006 ex : taux de recueil : Hauts de seine : 94% ; Picardie 2008 : 97,5%
Petite Enfance : examens obligatoires					
1 mois	examen de santé	Obligatoire n°2	MG, Pédiatre libéral ou hosp, PMI	carnet de santé	pas de données
2 mois	"	Obligatoire n°3	"	"	"
3 mois	"	Obligatoire n°4	"	"	"
4 mois	"	Obligatoire n°5	"	"	"
5 mois	"	Obligatoire n°6	"	"	"
6 mois	"	Obligatoire n°7	"	"	"
9 mois	Consultation au 9èm mois CS9 : Croissance, malformations anomalies, développement psychomoteur, auditif, visuel, antécédents…	Obligatoire n°8	MG, Pédiatre libéral ou hosp, PMI	certificat de santé envoyé en PMI	Données nationales incomplètes : ta de recueil national estimé à 34% pou 2006 ex : taux de recueil : Hauts de seine : 94% ; Picardie 2008 : 97,5% ex : Hauts de seine 2010 : 45%
12 mois	examen de santé	Obligatoire n°9	"	carnet de santé	pas de données
Xème mois (âge non précisé dans les textes)	examen de santé	Obligatoire n°10	"	"	"
Xème mois (âge non précisé dans les textes)	examen de santé	Obligatoire n°11	"	"	"
24 mois	Consultation obligatoire CS24 : Croissance, développement psychomoteur, vision, audition, examen somatique, antécédents…	Obligatoire n°12	MG, Pédiatre libéral ou hosp, PMI	certificat de santé envoyé en PMI	Données nationales incomplètes : ta de recueil national estimé à 26% pou 2006 ex : taux de recueil : Hauts de seine : 94% ; Picardie 2008 : 97,5% ex : Hauts de seine 2010 : 34%
Enfance : examens obligatoires					
2 par ans entre 25ème mois et 6 ans	examen de santé	Obligatoire n°13 à 20	"		pas de données
Bilan PMI					
3 à 4 ans (âge non précisé dans les textes)	bilan	Recommandé	PMI en petite section de maternelle	lettre aux parents si trouble détecté fiche de liaison avec Med Scol	pas de données nationales complète Total national 2008 : 517 745 (non compris 8 départements : 21, 53, 56, 74, 75, 79, 82
Bilans de santé scolaires					
5 à 6 ans	Bilan : examen somatique, dentaire, audition, vision, développement psychomoteur, langage…	Obligatoire	Médecine scolaire	dossier médical scolaire	taux de réalisation 2011 : 78%
9 ans	bilan	Obligatoire	Médecine scolaire	"	pas de données
12 ans	bilan	Obligatoire	Médecine scolaire	"	pas de données
15 ans	bilan	Obligatoire	Médecine scolaire	"	pas de données
Bilans bucco dentaire					
6 ans	bilan gratuit M'T dents	Obligatoire	Chirurgien-dentiste conventionné	carnet de santé	Taux de participation 2011 : 42,2%
9 ans	"	Recommandé	"	"	35,00%
12 ans	"	Obligatoire	"	"	31,40%
15 ans	"	Recommandé	"	"	26,00%
18 ans	"	"	"	"	26,80%

[1] bilan d'activité des Conseils Généraux ou ORS

[2] enquête annuelle DREES sur l'activité des PMI

[3] annexe Mission Santé PLF 2012

[4] La santé des enfants en grande section de maternelle, note d'information DEPP, 11-18 décembre

[5] M'T Dents, résultats à mi-2011, Assurance Maladie

Il convient d'ajouter à cette représentation du dispositif de suivi une indication du partage de la prise en charge des examens de suivi de l'enfant entre les différents acteurs et lieux de soins.

Tableau 1: Répartition des enfants selon le praticien ayant effectué l'examen et le lieu de l'examen au 9ème et au 24ème mois (CS9 et CS24)

		Praticien			Lieu			
		Général.	**Pédiatre**	**Autre**	**Cab. Privé**	**PMI**	**Hôpital**	**Autre**
CS9	Moyenne *	54.0 %	45.3 %	0.6 %	70.4 %	25.6 %	3.6 %	0.4 %
	Zoom : Paris	25.5 %	74.3 %	0.2 %	39.2 %	59.2 %	1.4 %	0.1 %
	Zoom : Seine Maritime	75.1 %	24.9 %	0.0 %	75.1 %	22.9 %	1.8 %	0.1 %
CS24	Moyenne *	60.7 %	38.7 %	0.7 %	73.9 %	22.8 %	2.9 %	0.4 %
	Zoom : Val de Marne	30.8 %	69.1 %	0.1 %	42.9 %	56.4 %	0.4 %	0.3 %
	Zoom : Seine Maritime	77.0 %	23.0 %	0.0 %	81.3 %	17.0 %	1.5 %	0.2 %

Source : Drees
Série Sources et Méthodes - 14 - Les certificats de santé de l'enfant au 24e mois (CS24)
Série Sources et Méthodes - 13 - Les certificats de santé de l'enfant au 9e mois (CS9)
** Moyenne sur les départements ayant répondu à l'enquête*

Le lieu de l'examen varie fortement d'un territoire à l'autre. En moyenne, près des 3/4 des consultations des 9èmes et 24èmes mois ont lieu dans des cabinets de ville, environ un quart en PMI et une faible part à l'hôpital (3 ou 4 %).

Concernant le bilan de la 6ème année incombant à la médecine scolaire, le rapport de l'INSERM sur le suivi de l'enfant indique que « *Il peut être effectué par un autre médecin que celui de l'Éducation Nationale. Cependant, les statistiques dressées par le ministère de l'Éducation Nationale sur ce bilan ne font état que de l'activité des médecins rattachés au ministère et ne permettent pas d'établir quelle proportion des bilans est faite en médecine ambulatoire libérale. Dans certains départements, où les enfants scolarisés dans des écoles privées ne bénéficient pas d'un bilan par l'Éducation Nationale, il semble que les établissements privés aient recours à des vacations de médecins libéraux. Il existe des initiatives de CPAM sollicitant des médecins généralistes pour effectuer ce bilan et/ou incitant les familles à se rapprocher de leur médecin de famille dans ce but mais il n'a pas été possible d'obtenir des informations plus précises à ce sujet. La CNAMTS signale également une action récente et ponctuelle de repérage précoce des troubles du langage, grâce à une coopération de la CPAM de Lille avec l'Éducation Nationale et des généralistes : la détection est assurée par l'enseignant, le décodage par l'orthophoniste puis on procède à la sensibilisation des familles et à l'information du généraliste* »

Au total, de ce schéma de la prise en charge du suivi de l'enfant ressort :

- Que les dispositifs de suivi obligatoires ne sont pas systématiques et qu'il existe peu de données explicatives synthétiques permettant d'identifier les causes du défaut de couverture et de qualifier les enfants qui ne sont pas examinés.

- Que le partage du suivi entre les différents acteurs n'est pas administré.

- Que la place des parents dans la médecine scolaire est floue.
- Qu'il n'y a pas d'étude sur l'état de complétude des carnets de santé qui permettrait de produire des données sur la qualité du suivi des enfants.

Par ailleurs, au-delà de l'effectivité des bilans et des dépistages se pose la question du recours aux diagnostics complémentaires ou aux soins en aval de ces bilans. A ce sujet, l'Inserm dans son rapport sur le suivi de l'enfant note que : *La circulaire n° 2002-099 du 25 avril 2002, relative à la mise en place d'un dispositif de partenariat visant à améliorer le suivi et le recours aux soins des enfants repérés comme porteurs de problèmes de santé au cours de la visite médicale obligatoire de la 6ème année, a mis l'accent sur la nécessité d'augmenter le taux de recours aux soins,* ***estimé à environ 35 %.*** *Il n'existe pas de données récentes sur l'évolution de ce taux.*

Questions :
Les âges prévus pour chaque examen ont-ils leur bien fondé du point de vue des enjeux de dépistage ?
Combien d'enfants ont un suivi complet au sens de la loi ?
Combien d'enfants sont sans suivi ?
En amont des dépistages, comment rendre effectives les recommandations de diagnostic complémentaire ou de prise en charge ?

Compléments :

Expérimentation d'une consultation de prévention pour les primo-adolescents

Méthode - Les familles de l'Aisne, de la Gironde et des Yvelines ayant une fille de 12 ans ou un garçon de 13 ans ont été invitées par leur caisse d'assurance maladie à amener en consultation leur enfant chez un médecin libéral de leur choix pendant l'année scolaire 2006-2007. Une fiche individuelle de synthèse était remplie par le médecin, indiquant l'état de santé général de l'enfant et notamment les problèmes de santé identifiés.

Résultats - Le taux de participation des enfants a atteint 8,7 %. Au moins un enfant a été vu en entretien par 35 % des médecins des départements concernés : un tiers des généralistes et deux tiers des pédiatres. L'entretien a duré en moyenne 30 minutes, ce qui permettait un temps certain de dialogue entre l'enfant et le médecin. Un problème de santé a été découvert à l'occasion de cet entretien chez 12,5 % des enfants ; il s'agissait principalement de troubles bénins ou transitoires de l'adolescence.

Conclusion - En raison du faible taux de participation et d'un impact sans doute faible auprès des enfants qui en ont le plus besoin, il est nécessaire d'améliorer ou de modifier le protocole de cette action de prévention à un âge clé du développement de l'enfant.

Source : Christophe BONALDI, Expérimentation d'un entretien de santé de prévention chez les primo-adolescents dans les départements de l'Aisne, la Gironde et les Yvelines, année scolaire 2006-2007, BEH 22-26 mai 2009, p230, InVs.

Consultation de prévention gratuite pour les 16-25 ans

La loi sur la modernisation des établissements de soin[25] propose une consultation de prévention pour les assurés ou les ayants droit âgés de 16 à 25 ans. Cette visite annuelle est une des mesures du plan Santé-Jeunes 16-25 ans. Elle est réalisée par un médecin généraliste, et l'assuré est dispensé de l'avance de frais. Il ne semble pas exister d'évaluation à ce jour de la mesure.

[25]Mesure de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 sur la visite médicale de prévention des 16/25 ans, réformée par la Loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010.

6.4 Dossier médical

L'enfant a deux « dossiers médicaux » réputés obligatoires : l'un détenu par ses parents - le carnet de santé - et l'autre détenu par le rectorat - le dossier scolaire-.

Le carnet de santé

Le carnet de santé de l'enfant (à ne pas confondre avec le carnet « de grossesse » dénommé officiellement carnet de santé maternité) est supposé être l'outil de traçabilité des informations relatives à la santé et aux traitements de l'enfant. Il est en particulier prévu pour consigner tous les résultats des traitements (vaccinations) et examens obligatoires de l'enfant (dont 3 donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé obligatoire).

Article L2132-1 du CSP

Lors de la déclaration de naissance, il est délivré gratuitement pour tout enfant un carnet de santé. Ce carnet est remis par l'officier d'état civil ; à défaut, il peut être demandé au service départemental de protection maternelle et infantile.

Un arrêté ministériel détermine le modèle et le mode d'utilisation de ce carnet où sont mentionnés obligatoirement les résultats des examens médicaux prévus aux articles L. 2132-2 et L. 2132-2-1 et où doivent être notées, au fur et à mesure, toutes les constatations importantes concernant la santé de l'enfant.

Le carnet est établi au nom de l'enfant. Il est remis aux parents ou aux personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou aux personnes ou aux services à qui l'enfant a été confié. Ils doivent être informés que nul ne peut en exiger la communication et que toute personne appelée, de par sa fonction, à prendre connaissance des renseignements qui y sont inscrits est soumise au secret professionnel.

Arrêté du 5 décembre 2005 relatif à la forme et au mode d'utilisation du carnet de santé

*Par arrêté du ministre de la santé et des solidarités en date du 5 décembre 2005, le carnet de santé prévu par l'article L. 2132-1 du code de la santé publique doit être établi conformément au modèle annexé au présent arrêté (1) et homologué par le CERFA sous le numéro 12593*01. Il sera utilisé à partir du 1er janvier 2006. Le numéro CERFA-65-0057 est annulé.*

Le carnet de santé est présenté lors de chaque examen de santé, qu'il soit d'ordre préventif ou curatif, afin que le professionnel de santé puisse prendre connaissance des renseignements qu'il renferme et y consigner ses constatations et indications.

*Les pages du carnet de santé consacrées aux vaccinations peuvent tenir lieu de certificat de vaccination, à condition que la mention de la vaccination en cause soit datée et signée par le professionnel de santé l'ayant pratiquée et que le nom et l'adresse de ce professionnel de santé soient indiqués. La double page 90-91 constitue le certificat de vaccination 1, homologué par le numéro CERFA 12594*01. La double page 92-93 constitue le certificat de vaccination 2, homologué par le numéro CERFA 12595*01.*

Toute personne appelée, en raison de sa profession, à connaître les renseignements inscrits dans le carnet de santé est astreinte au secret professionnel.

L'arrêté du 2 mars 1995 relatif à la forme et au mode d'utilisation du carnet de santé est abrogé.

Trois ans après sa refonte, la DGS a fait réaliser une **étude d'évaluation du nouveau carnet**. Fondé sur une enquête téléphonique auprès d'un échantillon de 440 professionnels de santé (généralistes (120), pédiatres libéraux (100), pédiatres hospitaliers (100), médecins de PMI (80) et puéricultrices de PMI (80) l'enquête permet de conclure à une amélioration sur le fond du carnet apporté par les nouvelles rubriques ou informations. Toutefois, il permet une mesure du taux d'utilisation du carnet qui montre que **le carnet de santé est loin d'être d'une utilisation systématique** :

73 % des professionnels le remplissent pour l'examen du 2ème mois (plus en PMI que chez les généralistes)

60 % notent les résultats des mesures de vue et d'audition de 0 à 2 ans : faute d'examen approfondi ou faute de consignation

En revanche 94 % notent les lots de vaccins.

Au vu de tels résultats, on peut s'interroger sur la qualité du suivi et du partage d'informations dans une prise en charge qui ne prévoit pas à proprement parler de référent.

On notera aussi que l'évaluation ne porte pas sur les médecins scolaires sans doute pour des raisons de difficulté institutionnelle de mise en œuvre de l'enquête.

Question :
Le carnet de santé est-il suffisamment rempli et partagé entre tous les professionnels de santé ?
Constat : Il n'y a pas d'enquête sur l'usage par les parents du carnet de santé et l'état de remplissage des carnets de santé. Il est donc a priori impossible de répondre de façon quantifiée à cette question.

Le dossier médical scolaire
Ce dossier est ouvert par le médecin de l'Éducation Nationale lors du bilan de santé en grande section de maternelle. Y est joint la fiche PMI renseignée lors du bilan effectué en petite section[26]. Il suit l'enfant pendant toute sa scolarité et relève du secret médical.
Les parents peuvent y avoir accès, sous certaines conditions, conformément au décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et établissements de santé en application des articles L.1111-7 et L.1112-1 du code de la santé publique.

Ce même décret stipule que toute transmission de données médicales d'un médecin à un autre médecin doit faire l'objet d'une autorisation préalable du représentant de l'enfant. La transmission du dossier médical scolaire de l'enfant (supposé le suivre pendant son cursus scolaire) est soumise à ce principe. Ainsi la transmission est soumise à la notification de l'autorisation des parents.

Questions :
Quelle est la qualité des dossiers médicaux scolaires (complétude et taux de transmission en cas de changement d'établissement) ?
Quel est l'intérêt d'un dossier de médecine scolaire séparé ?
Son contenu est-il suffisamment partagé avec les autres professionnels de santé ?

[26] La transmission au médecin de l'Éducation Nationale du dossier médical de liaison rempli par la PMI a été instituée par l'arrêté interministériel du 18 août 1997 publié au JO du 2 septembre 1997 afin « d'assurer, en lien avec les familles, le suivi prioritaire des enfants nécessitant une attention particulière ».

Vers un dossier informatique partagé ?

A été voté en 2007 le principe de l'inclusion du carnet de santé dans le DMP.

Quid de l'État d'avancement de l'implémentation ?

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins soutient l'idée d'un DMP sur clé USB pour les enfants.

A noter : La circulaire DHOS/O1 n°2008-374 du 23 décembre 2008 est relative au projet de dématérialisation du premier certificat de santé de l'enfant et au financement de régions volontaires sélectionnées. Elle prévoit le financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) des projets volontaires de dématérialisation du premier certificat de santé de l'enfant. Ces projets visent à la réalisation de connecteurs entre les maternités et la plateforme d'échange de transmission du premier certificat de santé de l'enfant en direction des services des services de protection maternelle et infantile (PMI).

En conclusion :

Questions :
Le traçage des données de suivi médical de l'enfant est-il suffisamment complet et fiable ?
Quels sont les acteurs qui ont l'information la plus complète ?
Quels sont ceux qui souffrent d'un défaut d'information ?
Les premiers pas du DMP permettent-ils d'espérer une amélioration substantielle de la qualité des informations sur la santé individuelle des enfants ?

6.5 Indicateurs de santé de l'enfant

Sans prétendre à l'exhaustivité, cette fiche reprend en synthèse des indicateurs phares de la santé de l'enfant : mortalité, indicateurs annexés à la loi de santé publique (spécifiques à l'enfant ou déclinés par âge), affections chroniques mesurées par le nombre d'ALD, indicateurs de prévalence des troubles de la vision, de l'audition, mentaux et prévalence des comportements sexuels à risque chez les adolescents.

Indicateurs de mortalité

Mortalité infantile

La mortalité infantile (de 0 à 1 an) est en baisse sur longue période mais semble stagner depuis 5 ans ; elle est de 3.7 pour 1000 en 2010. La France se trouve dans la moyenne européenne. Cette mortalité est deux à trois fois plus élevée dans les DOM qu'en Métropole.

Plus de la moitié des décès d'enfants de moins d'un an surviennent au cours de la première semaine de vie, et deux tiers d'entre eux au cours du premier mois de vie. La mortalité infantile est impactée de façon positive par la prise en charge de la précarité mais aussi, dans un sens opposé, par le pourcentage croissant d'enfants de petits poids de naissance résultant des progrès de l'obstétrique et de la néonatalogie.

Mortalité des enfants

Au-delà d'un an, la mortalité est faible. Les causes de décès sont principalement des causes externes et des tumeurs. Les suicides (étrangement classés au chapitre des causes externes) représentent 17 % des causes de décès des jeunes (15 à 24 ans)

Tableau 1 : Taux bruts de décès pour 100 000 habitants France entière en 2009

Sexe	Tous âges	Moins d'un an	1 à 4 ans	5 à 14 ans	15 à 24 ans
M	893	403,8	21,3	10,8	60,7
F	806,9	323,8	16,7	8,5	21
T	848,6	364,7	19	9,7	41,1

Source : CepiDc

Tableau 2 : Principales causes de décès des jeunes et des enfants en 2008

	Moins de 1 an		**de 1 à 4 ans**		**5 à 14 ans**		**15 à 24 ans**		**Ensemble tous âges**	
	en effectif	en %	en effectif	en %	en effectif	en %	en effectif	en %	en effectif	en %
Causes externes	61	2,2	166	28,6	228	33,4	1 986	62,2	36 673	6,9
dont : accidents de transport	*6*	*0,2*	*40*	*6,9*	*83*	*12,2*	*1 043*	*32,7*	*4 234*	*0,8*
suicides	*///*	*///*	*///*	*///*	*26*	*3,8*	*529*	*16,6*	*10 313*	*1,9*
Certaines infections de la période périnatale	1 383	49,8	10	1,7	3	0,4	*///*	*///*	1 396	0,3
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	576	20,8	48	8,3	43	6,3	61	1,9	1 390	0,3
dont : malformations congénitales du système nerveux	*72*	*2,6*	*6*	*1,0*	*4*	*0,6*	*3*	*0,1*	*116*	*ns*
malformations congénitales de l'appareil circulatoire	*239*	*8,6*	*12*	*2,1*	*15*	*2,2*	*24*	*0,8*	*493*	*0,1*
Tumeurs	20	0,7	86	14,8	175	25,6	328	10,3	157 812	29,7
Maladies du système nerveux et des organes des sens	108	3,9	53	9,1	64	9,4	132	4,1	30 545	5,8
Maladie de l'appareil circulatoire	59	2,1	36	6,2	32	4,7	143	4,5	146 127	27,5
Maladies infectieuses et parasitaires	46	1,7	39	6,7	19	2,8	37	1,2	10 594	2,0
Autres causes	522	18,8	143	24,6	119	17,4	504	15,8	146 106	27,5
Toutes causes	**2 775**	**100**	**581**	**100**	**683**	**100**	**3 191**	**100**	**530 643**	**100**

/// : absence de donnée due à la nature des choses.

Champ : France métropolitaine.

Source : Inserm-CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès).

Indicateurs de santé annexés à la loi de santé publique de 2004

La loi de santé publique prévoit peu d'objectifs spécifiques aux enfants et le suivi des objectifs de la loi en population générale ne sont que rarement déclinés par âge. En outre, comme le souligne le HCSP, il n'y a pas d'indicateurs relatifs à la maltraitance ou aux atteintes sensorielles et aux troubles du langage.

Nous reprenons ici les synthèses du document produit annuellement par le Drees au titre du suivi des objectifs annexés à la LSP (rapport 2011)

Objectif 12 : surpoids et obésité chez l'enfant

Même si le surpoids et l'obésité des enfants sont loin d'atteindre en France les niveaux observés dans certains autres pays développés, le phénomène a considérablement augmenté à partir des années 2000. Les PNNS successifs semblent avoir un effet pour contenir le phénomène, qui reste symptomatique de fortes inégalités sociales.

Dans l'enquête réalisée en milieu scolaire en 2005-2006 auprès des enfants de grande section de maternelle (5-6 ans), 9,1 % des enfants examinés étaient en surpoids et 3,1 % étaient obèses. À ces âges, les filles étaient plus fréquemment en surpoids (10,6 %) que les garçons (7,6 %), tandis que les prévalences d'obésité étaient proches (3,3 % et 2,9 % respectivement). Les enquêtes réalisées en CM2 en 2004-2005 et en classe de troisième en 2003-2004 ont montré que 16,0 % des enfants de 10-11 ans et 12,4 % des adolescents de 14-15 ans étaient en surpoids et que respectivement 3,7 % et 4,3 % étaient obèses. À ces âges, les éventuelles différences selon le sexe ne sont pas significatives.

Dans toutes ces enquêtes, les enfants en surcharge pondérale sont proportionnellement plus nombreux parmi ceux qui sont scolarisés en zone d'éducation prioritaire (ZEP) que chez les autres. Ces résultats reflètent les disparités sociales. Ainsi, les prévalences de l'obésité sont toujours plus importantes parmi les enfants dont le père est «ouvrier» que parmi ceux dont le père est «cadre».

On observe également des variations géographiques: les prévalences d'obésité sont parmi les plus élevées pour toutes les classes d'âges dans les zones d'études et d'aménagement du territoire (ZEAT) du Nord et des départements d'outre-mer (DOM), ainsi que dans celle de l'Est pour les élèves de troisième et de grande section de maternelle.

Chez les élèves de troisième, l'évolution mesurée à champ géographique constant témoigne d'une stabilisation de la prévalence de la surcharge pondérale entre 2000-2001 et 2003-2004 (16,5 % et 16,2 %), tout comme celle de l'obésité, dont l'augmentation n'est pas significative (3,8 % et 4,3 %). De même, les proportions d'enfants de CM2 en surcharge pondérale n'ont pas varié de manière significative entre 2001-2002 (19,9 %, dont 4,1 % d'obèses) et 2004-2005 (19,7 %, dont 3,7 % d'obèses). Enfin, chez les enfants de grande section de maternelle, les prévalences du surpoids et de l'obésité ont diminué entre 1999-2000 (10,5 % de surpoids et 3,4 % d'obésité) et 2005-2006 (9,1 % et 3,1 %). Mais ces progrès n'ont pas affecté toutes les classes sociales et on observe une progression de l'obésité chez les enfants d'ouvrier de CM2.

Commentaire : Compte tenu du caractère stratégique de ce déterminant de la santé et de l'effort qui est porté à sa réduction, on peut s'étonner de l'ancienneté des données d'évaluation qui traduit la faiblesse des outils de suivi systématique des enfants et plus encore des adolescents.

Par ailleurs les effets de territoire commentés ne sont pas départis d'effets de composition populationnelle des territoires.

Objectif 18 : exposition des enfants au plomb

L'intoxication par ingestion ou inhalation de plomb, appelée saturnisme, provoque des troubles qui peuvent être irréversibles, notamment des atteintes du système nerveux. Le jeune enfant est particulièrement sensible à la toxicité du plomb et il est souvent plus exposé que l'adulte (ingestion de poussières par activité main-bouche).
La loi de santé publique de 2004 a ainsi fixé pour objectif de réduire de 50 % la prévalence des enfants ayant une plombémie supérieure à 100 µg/l (passer de 2 % en 1996 à 1 % en 2008).
L'enquête de prévalence réalisée par l'InVS en 2008-2009 a permis de constater que l'objectif fixé par la loi de santé publique a été largement atteint : la prévalence du saturnisme chez les enfants de 1 à 6 ans est désormais estimée à 0,1 %. Les mesures de réduction de l'exposition mises en place depuis une quinzaine d'années doivent avoir porté leurs fruits. La réduction de la prévalence existe aussi dans les groupes à risque: parmi les enfants ciblés pour une première plombémie, la proportion d'enfants ayant une plombémie ≥ 100 µg/l est passée de 24,3 % en 1995 à 3,2 % en 2009.
L'incidence du saturnisme chez les enfants a été divisée par deux entre 2005 (462 cas) et 2009 (254 cas).

Objectif 42 : couverture vaccinale

Tableau 3 : couverture vaccinale des enfants et adolescents

Age	Source	Année de mesure	BCG	Dipthérie	Tétanos	Coqueluc	Polio	Hib	Rougeole	Oreillons	Rubéole	VHB
24 mois	certificat de santé obligatoire du nourisson, collecte PMI et traitement INVs	2007	78,2	98,8	98,4	98,6	98	96,7	90,1	89,7	89,5	41,9
6 ans	enquête triennale	2005	97						93	91	91	
13-17 ans (3ème)	enquête triennale	2003-2004	99,8	80,5		57,4			65,7	61,1	65,5	42,4

Synthèse d'après : rapport 2011, suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique, DREES, coll. Études et Statistiques.

En 2011, l'objectif d'une couverture vaccinale d'au moins 95 % est déjà atteint pour les enfants concernant certaines maladies (diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite). Elle doit en revanche être améliorée, en particulier contre la rougeole, les oreillons, la rubéole (ROR) et l'hépatite B pour les nourrissons, cette dernière ayant nettement progressé depuis 2008 mais étant toujours très insuffisante. Ainsi, pour le ROR, une couverture inférieure à 90 % à 2 ans et autour de 91 %-93 % à 6 ans est incompatible avec l'objectif d'élimination de la rougeole et de l'infection rubéoleuse congénitale. Les couvertures vaccinales sont insuffisantes en particulier chez les adolescents en ce qui concerne l'hépatite B.

Commentaire : Le suivi des indicateurs de couverture vaccinale parait très problématique hors du cadre des certificats de santé obligatoire (après 2 ans).
Les données après 6 ans sont produites par l'enquête triennale DREES : À partir de 1999, la DREES a mis en place le cycle triennal d'enquêtes de santé en milieu scolaire avec une ouverture à d'autres problématiques de santé que celle de la vaccination. La population scolaire enquêtée s'est élargie à deux autres niveaux scolaires : les enfants des classes de CM2 et les adolescents des classes de troisième. Ce système d'enquêtes a fonctionné à un rythme annuel entre 1999 et 2009 et est actuellement en cours de refonte.
Les données disponibles sont donc relativement anciennes.
Les adolescents déscolarisés sont hors du champ de l'enquête.

Objectif 47 : situations périnatales à l'origine de handicaps

En 2010, 6,6 % des naissances vivantes survenues en France métropolitaine sont prématurées, cette proportion étant beaucoup plus importante pour les naissances multiples (41,7 %). Parallèlement, la proportion d'enfants de petits poids de naissance (moins de 2500 g) est de 6,4 % parmi les naissances vivantes (49,5 % en cas de naissance multiples). Les disparités sont particulièrement marquées entre la métropole et la Guadeloupe, la Guyane et la Réunion, puisque les taux de prématurité et d'enfant de petit poids y sont près de deux fois plus élevés qu'en métropole.
Entre 2003 et 2010, les taux de prématurité et d'enfants de petit poids de naissance ont suivi des tendances légèrement différentes. Parmi l'ensemble des naissances vivantes, le taux de prématurité a très légèrement augmenté, mais de manière statistiquement non significative, alors que le taux d'enfant de petit poids a diminué de 7,1 % à 6,4 %. La différence de tendance du petit poids par rapport à la prématurité entre 2003 et 2010 est difficile à interpréter. Elle pourrait être le fait du hasard ou traduire les effets de l'augmentation de la corpulence des femmes ou de la baisse de la consommation de tabac.

Objectif 74 : asthme

En 2008, 51,8 % des hospitalisations pour asthme concernent des enfants de moins de 15 ans. L'indicateur principal qui est le taux d'hospitalisation pour asthme diminue chez les enfants de plus de 10 ans et augmente chez les plus jeunes sur les dix dernières années.
La prévalence de l'asthme est estimée à 8,7 % en classe de CM2 (20045-2005) et à 8,6 % en classe de 3ème (2003-2004). Elle est plus élevée chez les garçons que chez les filles.
Le contrôle et le traitement de l'asthme paraissent insuffisant avec plus d'un tiers des enfants dont l'asthme serait non contrôlé (au moins quatre crises, un réveil par semaine en moyenne ou une crise grave dans l'année écoulée).

Objectif 91 : indice carieux des enfants de 6 à 12 ans

En 2006, l'indice CAO mixte moyen était estimé à 1,38 chez les enfants de 6 ans et à 1,23 chez les enfants de 12 ans. Ces évolutions très favorables résultent probablement de nombreux facteurs dont l'analyse fine reste à faire (progrès de l'hygiène bucco-dentaire, effet préventif des fluorures, habitudes alimentaires, etc).
Malgré cette amélioration d'ensemble qui concerne toutes les catégories socio professionnelles, les inégalités de santé bucco-dentaire restaient marquées en 2006. Les enfants d'agriculteurs, d'ouvriers, d'inactifs, de même que les enfants scolarisés en ZEP ou en zone rurale étaient significativement plus atteints. Par ailleurs, si l'état dentaire des enfants s'améliore, celui des enfants les plus atteints a plus de mal à progresser.

Tableau 4 : Évolution de l'indice carieux CAO et de la proportion d'enfants indemnes de caries

		1987	1998	2006
Indice CAO moyen	mixte à 6 ans	3,73	-	1,38
	à 12 ans	4,20	1,94	1,23
% d'enfants indemnes de caries	à 6 ans (coCAO = 0)	30 %	-	63,4 %
	à 12 ans (CAO = 0)	12 %	40 %	56,0 %

Champ : France métropolitaine.
Sources : UFSBD – DGS.

La mesure phare du plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2009 est l'instauration d'un examen de prévention à 6 et à 12 ans, pris en charge à 100 % sans avance de frais, de même que les soins dispensés pendant les six mois suivant l'examen (art. L2132-2-1 du Code de la santé publique). L'application de cette disposition s'est faite progressivement depuis 2006 par voie conventionnelle.
D'après les données de la CNAMTS, la proportion d'enfants ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année précédant et suivant leurs 6 ans est passée de 52,8 % pour la période 2003-2005 à 75,4 % pour la période 2007-2009 (Tableau 3). Pour le RSI, ce taux est estimé à 63,4 % pour 2007-2009.

Remarque : fondées sur les même sources d'information que pour les indicateurs d'obésité, les données sont anciennes (5 ans).

Objectif 93 accidents de la vie courante (AcVC) chez les enfants et adolescents

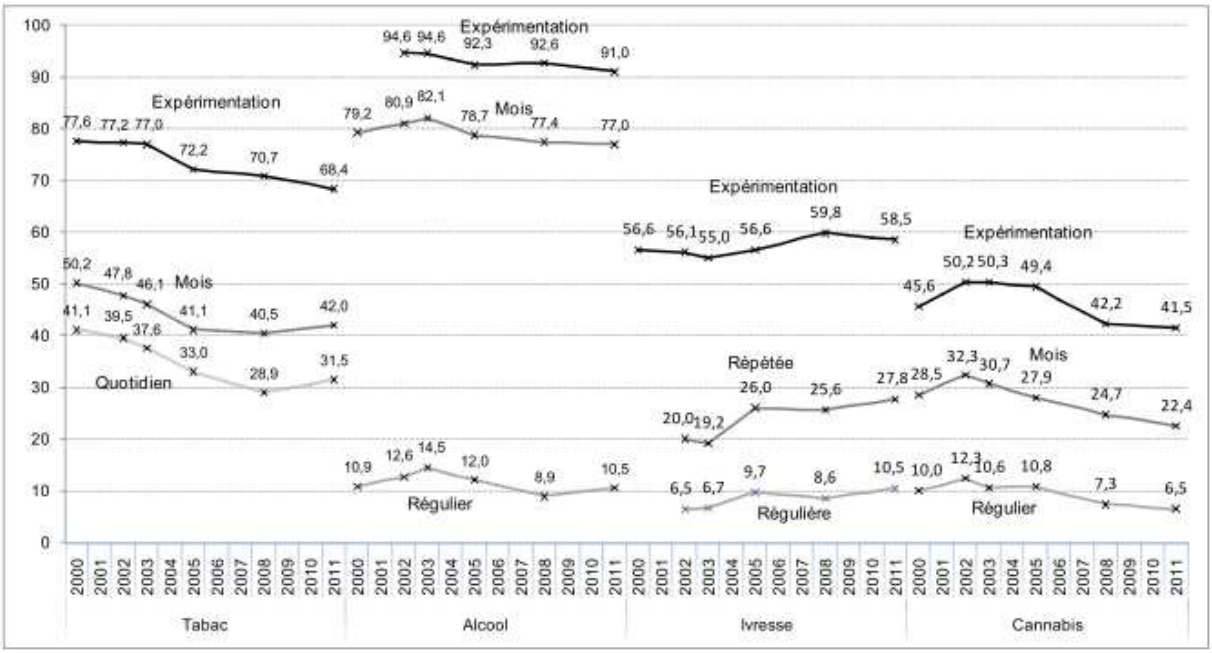
En 2008 ont été dénombrés 254 morts par accidents de la vie courante principalement des noyades, des suffocations, et des morts par le feu.
Le taux de mortalité par AcVC chez les enfants de moins de 15 ans a diminué de 11 % entre 2004 et 2008. Cette diminution a été plus importante pour les filles (-15 %) que pour les garçons (-8,4 %). Elle est inférieure à l'objectif fixé par la loi de santé publique qui visait une diminution de 50 %. Ce sont essentiellement les décès par noyade et par suffocation qui ont décru durant cette période. Les disparités régionales de décès par AcVC ne sont pas significatives.

Prévalence des comportements à risque : alcool, tabac, toxicomanie

Il n'y a pas d'indicateurs spécifiques aux adolescents annexés à la loi de santé publique en matière de consommations de produits toxiques : alcool, tabac, substances illégales. Un certain nombre d'indicateurs complémentaires sont cependant produits dans le document de suivi des objectifs. La principale source d'information sur les pratiques de consommation des jeunes est l'enquête ESCAPAD. Les premiers résultats de l'enquête 2011 viennent d'être publiés, ils ont présentés ici :

Ils laissent apparaître deux tendances majeures :
• En 2011, une large majorité des indicateurs sur les usages de substances psychoactives à 17 ans apparaît nettement orientés à la baisse.
Les expérimentations de tabac et d'alcool poursuivent leur diminution alors que celle du cannabis se stabilise.
La part des adolescents n'ayant expérimenté aucun de ces trois produits reste faible, mais continue de progresser (6,6 % *vs* 5,1 % en 2008).
Pour l'expérimentation des autres drogues illicites, dont la cocaïne, l'ecstasy et l'héroïne, les tendances sont globalement orientées à la baisse avec des niveaux de consommation qui restent faibles.
• Dans le même temps, alors que l'usage régulier de cannabis est en baisse, les résultats de l'enquête font apparaître des usages réguliers de tabac et d'alcool en hausse et en particulier une augmentation notable des ivresses répétés et régulières.

Graphique 2 : Évolutions entre 2000 et 2011 des niveaux d'usage de substances psychoactives à 17 ans, en métropole (%)



Source : OFDT.

Tableau 5 : Évolutions 2008-2011 du niveau d'usage de substances psychoactives par sexe à 17 ans, en métropole (% en ligne)

		Garçons 2011	Garçons 2008	Filles 2011	Filles 2008	Sex ratio 2011	Ensemble 2011	Ensemble 2008	Evolution 08-11
Tabac	*Expérimentation*	**66,9*** **	70,5	**69,9***	71,0	0,96***	**68,4*** **	70,7	↘
	occasionnel : <1 cig/jour	**9,6*** **	11,6	**11,5**	11,5	0,84***	**10,5*** **	11,5	↘
	Dans le mois	**42,4**	41,5	**41,6*** **	39,4	1,02	**42,0*** **	40,5	↗
	Quotidien	**32,7*** **	29,9	**30,2*** **	27,9	1,09***	**31,5*** **	28,9	↗
	Intensif (>10 cigarettes par jour)	**9,6**	9,1	**5,8**	6,2	1,66***	7,7	7,7	→
Alcool	*Expérimentation*	**91,8*** **	93,5	**90,1*** **	91,7	1,02***	**91,0*** **	92,6	↘
	Dans le mois : >=1 usage	**79,7**	80,5	**74,2**	74,2	1,07***	77,0	77,4	→
	Dans le mois : >=10 usages (régulier)	**15,2*** **	13,6	**5,6*** **	4,0	2,70***	**10,5*** **	8,9	↗
	Dans le mois : >=30 ou quotidien	**1,6***	1,3	**0,3**	0,2	6,04***	**0,9***	0,8	↗
Ivresses alcooliques	*Expérimentation*	**63,5**** **	65,1	**53,3**	54,3	1,19***	**58,5*** **	59,8	↘
	Dans l'année : >=1	**56,4**	56,6	**44,1**	44,1	1,28***	50,3	50,5	→
	Dans l'année : >=3 (répétées)	**34,0*** **	32,0	**21,3*** **	18,9	1,60***	**27,8*** **	25,6	↗
	Dans l'année : >=10 (régulières)	**15,0*** **	12,4	**5,7*** **	4,6	2,62***	**10,5*** **	8,6	↗
Cannabis	*Expérimentation*	**44,0*** **	46,3	**38,9**	37,9	1,13***	41,5	42,2	→
	Dans l'année : >=1 usage	**37,8*** **	40,5	**31,2**	31,1	1,21***	**34,6*** **	35,9	↘
	Dans le mois : >=1 usage	**26,3*** **	29,5	**18,5** **	19,8	1,42***	**22,4*** **	24,7	↘
	Dans le mois : >=10 usages (régulier)	**9,5*** **	10,7	**3,4***	3,9	2,84***	**6,5*** **	7,3	↘
	Dans le mois : >=30 ou quotidien	**4,5**	4,8	**1,4***	1,7	3,26***	3,0	3,2	→
Poppers	*Expérimentation*	**9,2*** **	15,2	**8,8*** **	12,2	1,05	**9,0*** **	13,7	↘
Produits à inhaler	*Expérimentation*	**5,4*** **	6,2	**5,6*** **	4,7	0,96	5,5	5,5	→
Champignons hallucinogènes	*Expérimentation*	**4,8**	4,9	**2,1**	2,2	2,29***	3,5	3,5	→
Cocaïne	*Expérimentation*	**3,3*** **	4,0	**2,7**	2,4	1,22**	**3,0***	3,3	↘
Ecstasy	*Expérimentation*	**2,2*** **	3,6	**1,6*** **	2,1	1,39***	**1,9*** **	2,9	↘
Amphétamines	*Expérimentation*	**2,9** **	3,5	**2,0**	1,9	1,45***	**2,4***	2,7	↘
LSD	*Expérimentation*	**1,7**	1,6	**0,9**	0,8	1,99***	1,3	1,2	→
Héroïne	*Expérimentation*	**1,0*** **	1,4	**0,8**	0,8	1,18	**0,9***	1,1	↘
Crack	*Expérimentation*	**0,9** **	1,3	**0,7**	0,7	1,35*	**0,8***	1,0	↘

Pour les sex ratio et les évolutions entre 2008-2011 (colonne Ensemble 2011 et colonne Garçons 2011) les « *, **, *** » signalent un test du Chi-2 significatif respectivement au seuil 0.05, 0.01, 0.001 avec pour les niveaux des évolutions significatives signalées en gras;

Source : ESCAPAD 2008, 2011, OFDT.

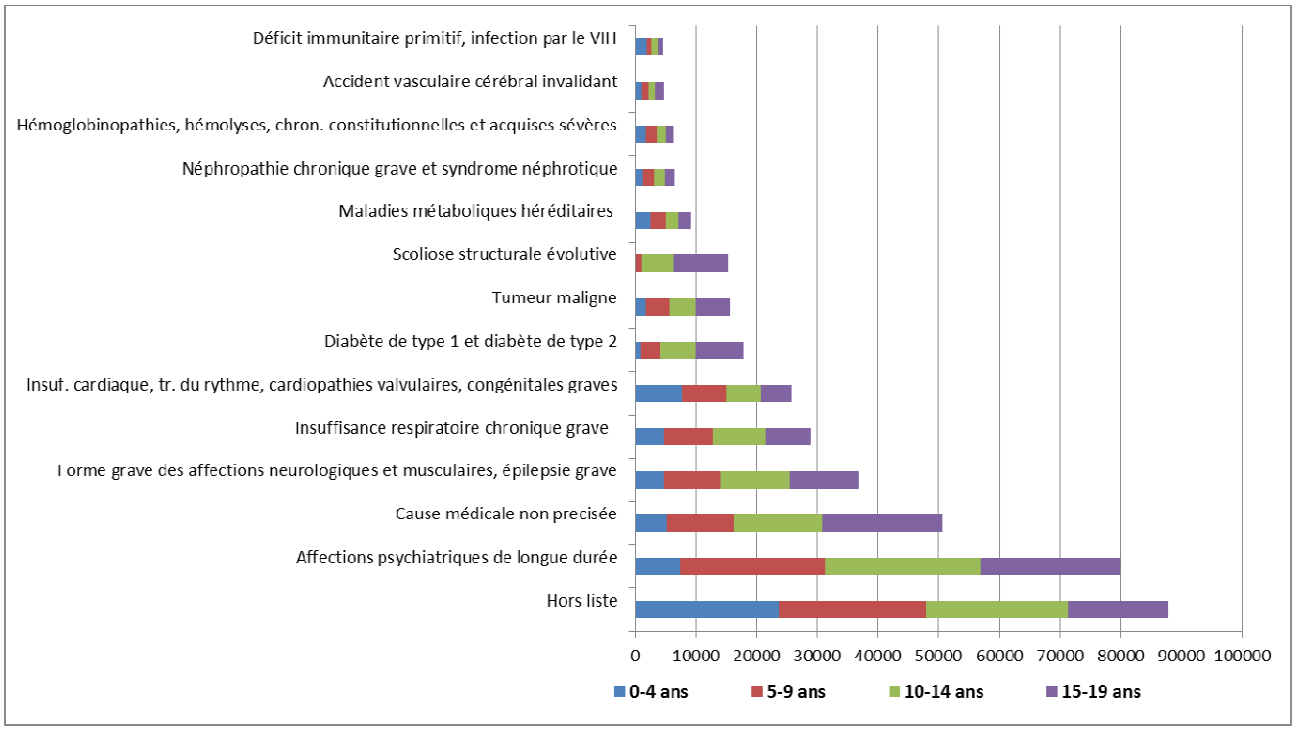
Morbidité : affections chroniques

Alors que les moins de 20 ans représentent 25 % de la population générale (données Insee au 1er janvier 2011), ils ne comptent que pour 4 % des ALD déclarées au régime général. Ainsi on peut estimer à 17,5 %[27] la part de la population générale de 20 ans et plus en ALD, ce taux n'est que de 2,4 % pour les moins de 20 ans (1,6 % avant 5 ans, 2,5 % entre 5 et 9 ans, 2,8 % entre 10 et 14 ans et 2,9 % entre 15 et 19 ans).

Les enfants sont donc effectivement en meilleure santé que les adultes, ce que confirment les enquêtes de santé déclarées (cf. IRDES, ESPS 2006). Leurs affections sont principalement aigues et le plus souvent bénignes.

Selon une publication de la CNAM de 2005, les principales affections chroniques qui touchent les enfants de moins de 15 ans sont d'une part les affections psychiatriques (28 %), d'autre part les affections neurologiques (17 %). Viennent ensuite les insuffisances respiratoires chroniques graves (11 %), les insuffisances cardiaques graves (9 %) et les tumeurs (5 %).

Graphique 2 : effectif des principales ALD des 0-19 ans, données au 31/12/2011



Données CNAMTS, régime général

Retard mental (143/100 000) et troubles du développement (94/100 000) sont les pathologies psychiatriques les plus fréquentes et les plus précoces et touchent deux fois plus de garçons que de filles.

Parmi les ALD neurologiques les plus fréquentes on trouve les atteintes motrices sévères, les anomalies métaboliques et génétiques et l'épilepsie.

Les enfants en ALD, et plus encore ceux qui sont en ALD psychiatriques sont plus souvent à la CMUc que les enfants de moins de 15 ans malades ou non.

[27] Ratio obtenu en rapportant les effectifs en ALD produits par la CNAM à la population Insee. La CNAM indique une prévalence de 15,5 pour 100 000.

Tableau 6 : Proportion de bénéficiaires de la CMU-C parmi les moins de 15 ans

	Taux de personnes à la CMUc
Ensemble population 0-15 ans	13,9%
0-15 ans en ALD	20,2%
0-15 ans ALD psychiatrique	24,2%
0-15 ans ALD neurologique	17,8%

Tableau 7 : ALD psychiatriques chez les enfants de moins de 15 ans

Intitulé de l'affection (code CIM-10)	Effectif (N)	Taux pour 100 000 enfants	Sexe		Age moyen à la déclaration d'ALD (ans)	Décès en 2005 (N)
			Garçons %	Filles %		
Retard mental (F70 à F73, F78, F79)	15 215	143,2	60,6	39,4	3,9	34
Troubles du développement (F80 à F84)	9 963	93,8	75,5	24,5	5,1	3
Troubles de la personnalité (F60)	8 778	82,6	71,9	28,1	6,4	2
Troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels (F92)	6 158	57,0	73,3	26,7	6,6	1
Psychose non organique (F29)	912	8,6	73,4	26,6	6,1	1
Episode dépressif (F32)	589	5,5	59,3	40,7	9,2	0
Troubles anxieux (F (F41)	512	4,8	64,3	35,7	7,6	0
Total	**42 127**	**395,5**	**68,6**	**31,4**	**5,3**	**41**

Tableau 8 : ALD neurologiques chez les enfants de moins de 15 ans

Intitulé de l'affection (code CIM-10)	Effectif (N)	Taux pour 100 000 enfants	Sexe		Age moyen à la déclaration d'ALD (ans)	Décès en 2005 (N)
			Garçons %	Filles %		
Atteintes motrices sévères						
Paralysies cérébrales (G80)	9 204	86,6	58,0	42,0	2,4	19
Hémiplégie (G81)	1 368	12,9	57,2	42,8	3,4	1
Paraplégie et Tétraplégie (G82)	1 659	15,6	55,6	44,4	3,1	11
Anomalies métaboliques et génétiques						
Phacomatoses (Q85)	587	5,5	50,6	49,4	5,4	1
Trisomie 21 (Q90)	5 070	47,7	53,4	46,6	1,8	4
Anomalie chromosomique (Q99)	1 712	16,1	43,5	56,5	3,4	4
Anomalie du métabolisme des acides aminés aromatiques (E70)	24	0,2	50,0	50,0	4,3	0
Epilepsie (G40)	6 522	61,4	53,1	46,9	5,2	17
Malformations congénitales						
Malformation congénitale de l'encéphale (Q04)	1 383	13	54,5	45,5	2,3	13
Malformation congénitale du SNC (Q07)	1 777	16,7	56,0	44,0	1,9	5
Atteintes neuromusculaires						
Neuropathies héréditaires et idiopathiques (G60)	479	4,5	52,2	47,8	5,9	0
Affections musculaires primitives (G71)	1 242	11,7	73,9	26,1	4,2	6
Tumeur maligne de l'encéphale (C71)	904	8,5	55,3	44,7	5,1	45
Total	**31 931**	**300,4**	**55,4**	**44,6**	**3,2**	**126**

Source : Maladies chroniques psychiatriques et neurologiques des enfants en ALD. Neuropédiatrie CHU Bicêtre APHP, INSERM U 822 - CNAMTS-DSES

Tableaux 7 et 8 extraits de Point repère n°18 – septembre 2008 – Les maladies chroniques psychiatriques et neurologiques des enfants et adolescents en France, CNAM.

Prévalence et enjeux de dépistage des troubles de l'audition

Prévalence :

La prévalence des surdités congénitales chez l'enfant est estimée à environ 1/1 000 dans la plupart des pays. Les surdités profondes représentent environ un quart des surdités présentes à la naissance. Il s'agit dans 75 % des surdités de cas héréditaires. Les surdités moyennes (40-70 dB sur la meilleure oreille) constituent environ 50 % des surdités observées.

Indicateurs issu des dispositifs de suivi obligatoire des enfants :

Les remontées des CS9 et CS24 paraissent peu fiables pour apprécier une réelle prévalence des troubles de l'audition et encore moins pour la qualifier. En outre, le changement du Cerfa sur ces items audition et vision rend peu interprétables les dernières données 2006-2007.

Le cycle d'enquête triennale en grande section de maternelle, en CM2, et en classe de 3ème ne donne pas lieu à une publication détaillée de tous les indicateurs. Pour les troubles de l'audition, des données ne sont publiées

que pour les élèves de CM2 (année 2004-2005). Ainsi, la prévalence des troubles de l'audition serait à ce niveau scolaire de 4 % (3,8 % en métropole et 10.2 % dans les DOM).

Enjeux de dépistages :
Il existe actuellement des techniques de dépistage utilisables dès les premiers jours de la vie et mises en œuvre à titre expérimental dans certains programmes. Quelle que soit l'origine du handicap auditif, tous les travaux s'accordent pour dire qu'il est nécessaire de dépister la surdité de l'enfant le plus tôt possible afin que les enfants sourds puissent avoir la possibilité de bénéficier d'une prothèse auditive dès leur plus jeune âge. La précocité de la réhabilitation est un des facteurs majeurs de la qualité du développement du langage oral chez l'enfant. En effet, la plupart des familles choisissent plutôt une réhabilitation auditive visant à l'acquisition du langage oral que le langage gestuel. (Rapport Inserm 2009, Santé de l'enfant, proposition pour un meilleur suivi)

HAS - Septembre 2005 : Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires :
Importance du dépistage en période post-natale
Avant 6 mois, repérage des surdités profondes et sévères
Vers l'âge de 2 ans, dépistage des enfants présentant un retentissement auditif d'une otite séro-muqueuse
À partir de 4 ans, les surdités unilatérales

HCSP - rapport 2010 : Principales recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique :
Objectif général 1 - Réduire les incapacités liées aux troubles sensoriels de l'enfant.
Sous-objectif général 1-1 : améliorer le dépistage de l'audition chez l'enfant.
OS 1-1-1 : définir une stratégie de dépistage systématique de la surdité congénitale bilatérale.
OS 1-1-2 : améliorer le dépistage précoce (avant un an) des troubles de l'audition, en dehors de la surdité bilatérale congénitale.
OS 1-1-3 : faire bénéficier l'ensemble des enfants d'un dépistage de l'audition avant 4 ans.

Prévalence et enjeux de dépistage des troubles de la vision

Prévalence : source **:** Rapport Inserm 2009, Santé de l'enfant, proposition pour un meilleur suivi
En France, plus de 10 % des enfants âgés de moins de 5 ans pourraient présenter une ou plusieurs anomalies de la vision. Or, un déficit précoce de la fonction visuelle peut interférer avec le développement de l'enfant et retentir sur l'ensemble de ses compétences, qu'elles soient motrices, cognitives ou affectives, et avoir ainsi des répercussions sur ses performances scolaires puis sur son insertion sociale et professionnelle.

Tableau 9 : Prévalences des déficits visuels de l'enfant et de l'adolescent (synthèse des données épidémiologiques)

Nature du déficit		Pays occidentaux		France	
		Âge (années)	Prévalence	Âge (années)	Prévalence
Déficits sévères	Cécité[1]	0-15	0,2-0,5 ‰	9	0,3 %
	Basses visions[2]	0-17	0,4-1,1 ‰	9	0,6-0,8 %
	Amblyopies[3]	–	1-3 %		3,3 %[4]
Autres anomalies visuelles nécessitant traitement et surveillance[5]		2	2 %	2-3	9,6 %[6]
		5	7-15 %	0-5	14 %[7]
				6	20 %[8]
Strabisme		5	2-3 %	3,5-4,5	2 %[9]
				6	4 %[8]
Amétropies	Toutes amétropies	Âge scolaire	6-18 %	3,5-4,5	33 %[9]
	Hypermétropies	Âge scolaire	7 %	6	9 %[9]
					8 %[8]
	Myopie	Âge scolaire	3-5 %	3,5-4,5	3 %[9]

[1] Acuité visuelle <0,05 ; [2] Acuité visuelle <0,03 ; [3] Acuité visuelle = 6/9 ou différence d'acuité visuelle > 2/10e ; [4] Population sélectionnée ; [5] Amblyopies, amétropies et certains strabismes ; [6] Enquête du Douaisis ; [7] Estimation Asnav ; [8] Enquête Drees ; [9] Enquête CPAM Paris

Enjeux de dépistages :

HAS - Septembre 2005 : Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires :
Le groupe de travail rappelle que les situations suivantes justifient un examen ophtalmologique par un ophtalmologiste :
- les enfants présentant une pathologie ou des antécédents personnels ou familiaux favorisant l'apparition d'un facteur amblyogène ;
- les enfants ayant des signes d'appel d'un trouble visuel.
Ces situations sont détaillées dans les recommandations sur le « dépistage précoce des troubles de la fonction visuelle chez l'enfant pour prévenir l'amblyopie » finalisées par l'ANAES en octobre 2002.
En dehors de ces situations particulières, le groupe de travail propose un examen des yeux lors des consultations de dépistage. Les tests de dépistage peuvent être réalisés par le médecin ou être délégués à un orthoptiste. Toute anomalie impose un examen par un ophtalmologiste.
Le groupe de travail insiste sur la nécessité de répéter les tests tout au long de la croissance de l'enfant et détaille âge par âge la nature des diagnostics à réaliser.

HCSP - rapport 2010 : Principales recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique :
Objectif général 1 - Réduire les incapacités liées aux troubles sensoriels de l'enfant.
Sous-objectif général 2 : améliorer le dépistage précoce des troubles visuels de l'enfant.
OS 1-2-1 : améliorer le dépistage et la prise en charge précoce des troubles de la vue entre 9 et 12 mois.
OS 1-2-2 : améliorer le dépistage des déficits visuels avant l'âge de 6 ans.

Indicateurs issu des dispositifs de suivi obligatoire des enfants :

Tableau 10 : Équipement des enfants en lunettes :

Taux d'Équipement lunettes	**Hors ZEP**	**ZEP**
CM2 2004-2005	26 %	21 %
Classe de 3ème 2005-2006	29 %	24 %

Source : DREES ; cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire

Alors que la prévalence des troubles de la vision sont les mêmes en Zep et Hors Zep (sans que l'enquête ne permette de savoir la part qui requiert une correction ou non), le taux d'équipement en lunettes est de 5 points inférieurs en Zep révélant un défaut de diagnostic et/ou d'accès aux soins.

Prévalence et enjeux de dépistage des troubles du langage

Prévalence : source **:** Rapport Inserm 2009, Santé de l'enfant, proposition pour un meilleur suivi :

Dyslexie : En France, en l'absence de données épidémiologiques fondées sur des cohortes d'enfants de l'envergure des cohortes anglophones (Rodgers, 1983 ; Katusic et coll., 2001), trois études, sur la base de critères et d'épreuves différents, indiquent une prévalence de troubles d'acquisition de la lecture (il est difficile de dire dans ces études qu'il s'agit de dyslexie au sens strict) comprise entre 6 % et 8 %. Ainsi, dans une étude longitudinale française, commencée en grande section d'école maternelle, 33 enfants sur 500 ont pu être classés comme étant dyslexiques à 10 ans (Sprenger-Charolles et coll., 2000), soit 6,6 % de la population. Dans une autre étude, 13 % des 500 enfants, suivis depuis la grande section de l'école maternelle, se sont révélés non-lecteurs en CE1 et parmi eux 7,5 % étaient probablement dyslexiques (Zorman et coll., 2004). Ce taux rappelle celui d'une autre cohorte de près de 700 enfants, suivis de la petite section de l'école maternelle jusqu'à 8 ans (cohorte Chevrie-Müller, 1987-1994). En CE1, 8,5 % des enfants présentaient un retard conséquent dans le langage écrit (Watier et coll., 2006).

Indicateurs issu des dispositifs de suivi obligatoire des enfants :
Le cycle triennal d'enquête en milieu scolaire fait état d'un taux de troubles du langage en grande section de maternelle de 16 % (sur la base de tests d'élocution variés : BSEDS, BREV, ERTLA6,…) et révèle là encore de fortes disparités socio-économiques et donc territoriales : le taux est de 21 % en ZEP contre 16 % hors ZEP.
Selon le Dr Sommelet : Les troubles spécifiques du langage oral doivent être différenciés des déficits secondaires liés à une surdité, une infirmité motrice cérébrale, des troubles de la communication, des carences psycho-affectives. Ils sont également à distinguer du décalage du développement langagier dont l'incidence est nettement plus élevée (15 % à 4 ans). En outre les simples retards de langage doivent être distingués des dysphasies de développement, troubles sévères, spécifiques, structurels, durables perdurant bien au-delà de 6 ans (1 %). Les troubles spécifiques du langage oral touchent 5 % des enfants de 3 ans et prédominent chez le garçon. Les troubles spécifiques du langage écrit sont observés chez 4 à 5 % des enfants ; les dyslexies étant une des causes principales de retard scolaire doivent être repérées et prises en charge dès qu'on constate un trouble du langage oral.

HCSP - rapport 2010 : Principales recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique :
Objectif général 2 - améliorer le repérage, le dépistage et la prise en charge précoces des troubles du langage oral et écrit et des apprentissages.
OS 2-1-1 : développer et valider des outils de dépistage des troubles du langage.
OS 2-1-2 : prendre en compte les spécificités des enfants en grande difficulté pour l'acquisition du langage.
Objectif général 4 - Améliorer les systèmes d'information relatifs aux troubles sensoriels et d'apprentissage du langage.
OS 4-1 : améliorer la qualité et l'exploitation des données disponibles (certificats de santé et bilans de santé en maternelle et en primaire).

Prévalence et enjeux de dépistage des troubles mentaux
Extraits de **:** Rapport Inserm 2009, Santé de l'enfant, proposition pour un meilleur suivi

La santé mentale est une composante essentielle de la santé humaine. Une proportion non négligeable d'enfants et d'adolescents souffre de troubles qui interfèrent avec leur développement, freinent leurs apprentissages scolaires et compromettent leur devenir par une répercussion sur leur qualité de vie au quotidien et sur celle de leur famille.

Tableau 11 : Estimation du nombre d'enfants et d'adolescents souffrant d'un trouble psychique en France*

	Tranches d'âge (ans)					
	0-2	3-5	6-10	11-14	15-19	Total
Population	2 175 326	2 154 419	3 736 596	3 110 095	3 967 703	15 144 139
Autisme et autres TED	2 969	5 882	10 201	8 491	10 832	38 374
TDAH	–	14 296	74 732	62 202	39 677	190 907
TOC	–	–	3 432	17 939	39 677	61 048
Troubles anxieux	–	35 740	186 830	155 505	198 385	576 459
Dépression	–	–	15 143	34 995	127 703	177 841
Anorexie	–	–	–	–	3 571	3 571
Boulimie	–	–	–	–	12 218	12 218
Schizophrénie et troubles bipolaires	–	–	–	1 624	19 839	21 583

* En raison d'une tendance importante à la comorbidité (un sujet a souvent plusieurs troubles simultanément), on ne peut pas additionner les chiffres du tableau par colonnes pour estimer la morbidité globale liée à ces troubles

Les troubles les plus fréquents constituent deux grands groupes : les troubles émotionnels (troubles anxieux, troubles de l'humeur) et les troubles comportementaux (hyperactivité, troubles oppositionnels, trouble des conduites), dont la fréquence est à peu près comparable et voisine de 5 % à 6 %.

Il semble que la santé mentale des adolescents fasse l'objet d'une attention, ou d'une inquiétude, de plus en plus soutenue. Selon l'Inserm, l'apparition des troubles mentaux chez les ados serait le fait de plusieurs facteurs, souvent cumulatifs :

- des facteurs sociodémographiques : jusqu'à l'adolescence, les garçons sont plus nombreux dans les services infanto-juvéniles de psychiatrie. La tendance s'inverse ensuite, notamment à cause des troubles des conduites alimentaires qui concernent essentiellement des adolescentes. En revanche, la schizophrénie et l'autisme touchent plutôt les garçons.
- des habitudes de vie : d'une façon générale, les taux de pathologie apparaissent plus élevés en ville qu'en milieu rural. Mais les mécanismes sous-tendant ce constat ne sont pas identifiés.
- des événements survenus dans la période ante et périnatale : maladie ou troubles de l'humeur chez la mère, malnutrition, exposition à des substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis, cocaïne, etc.).
- une susceptibilité génétique qui peut augmenter un risque, favoriser ou modifier l'expression d'un trouble, mais non l'expliquer totalement ou le provoquer.
- la morbidité psychiatrique parentale est un autre facteur de risque, notamment en raison des carences de soins, voire des problèmes de maltraitance, qu'elle peut entraîner pour l'enfant ou l'adolescent. Ainsi, « les enfants de parents ayant une dépendance alcoolique ont un risque augmenté de troubles externalisés (troubles du comportement, hyperactivité…) et présentent également des signes d'anxiété et de dépression plus élevés, une mauvaise estime de soi et des difficultés dans les interactions sociales ».
- enfin, si aucun lien privilégié n'apparaît entre milieu social et troubles de la santé mentale, les relations familiales jouent un rôle non négligeable. Selon l'étude menée par l'Inserm, « à court terme, le divorce des parents est associé à un risque augmenté de psychopathologie juvénile chez l'enfant, à travers des symptômes aussi bien externalisés (troubles visibles du comportement) qu'internalisés (troubles anxiodépressifs) ».

HCSP - rapport 2010 : Principales recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique :
Santé mentale : Objectif général 3 - Améliorer le repérage et la prise en charge précoce des signes de souffrance et des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent.

Commentaire sur le dépistage des troubles visuels, auditifs, mentaux : les expertises publiées ne précisent pas ou peu la qualité des professionnels mobilisés pour réaliser les opérations de dépistage (qu'il s'agisse des dépistages qui ont donné lieu aux mesures de prévalence exposées ou des dépistages préconisés selon divers protocoles).

Questions :
Les mesures de prévalence sont-elles comparables sans plus de précision sur la qualification des opérateurs effectuant les diagnostics ?
Quels sont les professionnels légalement qualifiés et/ou compétents pour mettre en œuvre les diagnostics de ces troubles ?

Prévalence des comportements sexuels à risque

Selon les données de l'enquête annuelle HBSC (Health Behaviour of School-aged children) réalisées auprès des élèves de 11 à 15 ans en 2006 (HBSC-France en 2006 compte 7 154 élèves) :

Un peu plus d'un quart des répondants de 15 ans déclare avoir déjà eu des rapports sexuels ; les garçons plus que les filles. La majorité des jeunes sexuellement actifs déclare avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel (les garçons plus que les filles). Le préservatif est le moyen de contraception le plus déclaré (85,6 %), suivi par la pilule (20,6 %) et la pilule du lendemain (14,2 %).

Concernant les associations de contraceptifs les plus fréquentes, celle du préservatif et de la pilule arrive en tête : 15,5 % des adolescents sexuellement initiés ont bénéficié d'une protection duelle, cette proportion est la même chez les deux sexes.

Enfin, 9,7 % des adolescents sexuellement initiés déclarent n'avoir utilisé aucun mode de contraception lors de leur dernier rapport sexuel, sans différence significative entre sexes.

Par ailleurs, le taux de recours à l'IVG chez les mineures reste élevé : 10,4% en 2009. 5,6 % des IVG concernent des jeunes filles de 15 à 17 ans.

Tableau 12 : Nombre d'IVG et taux de recours selon l'âge (France métropolitaine)

	1990	**1999**	**2006**	**2008**	**2009**
Nombre d'IVG					
15-17 ans	8751	9642	12855	11930	11670
18-19 ans	14236	16922	18238	17693	17334
TOTAL tous âges 15-49 ans	197063	196295	214361	208242	208290
Taux de recours pour 1000 femmes					
15-17 ans	7.0	8.9	11.0	10.4	10.4
18-19 ans	16.4	21.9	22.9	22.3	22.0
TOTAL tous âges 15-49 ans	14.0	13.6	14.8	14.4	14.5

Sources : DREES (SAE, PMSI), Insee (ELP)

6.6 Médecine scolaire

Deuxième pilier de la médecine communautaire dédiée à l'enfant, la Médecine scolaire a pour mission de promouvoir la santé en milieu scolaire, avec notamment le suivi médical des élèves et la mise en place d'actions de prévention au sein des établissements. Elle est également chargée d'une mission de santé publique dans le suivi de la santé des enfants en général.
La médecine scolaire est confiée à l'Éducation Nationale depuis 1964, sauf dans 13 communes : Antibes, Bordeaux, Cannes, Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon, Nantes, Nice, Paris, Strasbourg, Vénissieux, Villeurbanne où elle est déléguée en tout ou partie à la municipalité.

Taux de scolarisation

Tableau 1 : Taux de scolarisation par âge

	2000-2001	**2005-2006**	**2007-2008**	**2008-2009**	**2009-2010**
2 ans	34,6	24,5	20,9	18,1	15,2
3 à 12 ans	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
13 ans	100,0	100,0	100,0	98,6	98,4
14 ans	99,3	99,6	100,0	98,3	98,0
15 ans	98,4	97,5	99,2	97,9	97,7
16 ans	96,5	96,6	95,8	94,2	94,5
17 ans	91,6	92,0	91,3	90,4	90,1
18 ans	79,6	78,8	78,0	76,5	79,2
19 ans	65,7	65,0	64,7	62,6	65,1
20 ans	51,4	51,9	51,0	49,9	52,2

Champ : France, public + privé.

Sources : Depp ; Insee.

Les enfants sont en totalité dans le champ de la médecine scolaire de 3 à 12 ans. Entre 13 et 15 ans, entre 1,5 et 2,5 % des enfants à l'âge de la scolarité obligatoire ne sont pas scolarisés (soit près de 5000 enfants à l'échelle nationale).

Politique de santé en faveur des élèves

Le Ministère de l'Éducation Nationale définit les principes et les orientations générales de la politique de promotion de la santé des élèves. Le bulletin officiel de l'EN du 25 janvier 2001 précise ainsi les orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves :

- favoriser l'équilibre et le bien-être physique, mental et social des élèves, afin de contribuer à la réalisation de leur projet personnel et professionnel ;
- détecter précocement les difficultés susceptibles d'entraver la scolarité ;
- agir en appui de l'équipe éducative, pour une meilleure prise en charge des élèves ;
- accueillir et accompagner tous les élèves, leur faciliter l'accès aux soins ;
- développer une dynamique d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des conduites à risque ;
- contribuer à faire de l'école un lieu de vie prenant en compte les règles d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie.

Elle développe d'autre part des objectifs spécifiques en faveur d'élèves ou de groupes d'élèves :

- porter une attention particulière aux élèves en difficulté ;
- suivre les élèves des zones rurales et des zones d'éducation prioritaire ;
- suivre les élèves scolarisés dans les établissements d'enseignement professionnel ;
- contribuer à la protection de l'enfance en danger ;
- favoriser l'intégration des enfants et adolescents atteints d'un handicap ;
- aider à l'intégration et à la scolarisation des élèves atteints de maladies chroniques.

Enfin, elle contribue, en liaison avec la direction générale de la santé, à une mission d'observation et de veille épidémiologique.

Rôle et organisation de la médecine scolaire dans les établissements

Chaque établissement scolaire (écoles maternelles, écoles primaires, collèges et lycées) doit posséder dans ses locaux un service de médecine scolaire assuré par des professionnels de santé spécialisés. Cette équipe est constituée de médecins scolaires (désormais appelés « médecins de l'Éducation Nationale »), d'infirmières, de secrétaires médico-scolaires et d'assistantes sociales qui font partie intégrante de l'équipe éducative d'un établissement. Cette équipe fait partie intégrante de l'équipe éducative (Code de l'éducation, article L.913-1).

Le chef d'établissement est responsable de l'application de la politique de santé dans son établissement. Les infirmières, secrétaires médico-scolaires et assistantes sociales sont placées sous l'autorité hiérarchique des chefs d'établissement. Les médecins scolaires sont placés sous l'autorité hiérarchique du recteur.

Ces professionnels de santé sont rattachés à un centre médico-scolaire lié à un secteur géographique. La plupart du temps, ils interviennent sur plusieurs établissements. Comme tous les professionnels de la santé, les membres de l'équipe médico-scolaire agissent sous couvert du secret médical et professionnel.

La fonction de la médecine scolaire ne se résume pas aux soins ponctuels dispensés aux élèves. Elle assure également des missions en lien avec le suivi médical des enfants :

- l'organisation des bilans de santé, en particulier l'examen obligatoire à l'âge de six ans, et d'examens médicaux périodiques, notamment au moment de l'orientation scolaire et professionnelle ;
- la mise en place d'un dossier de santé pour chacun des élèves, avec contrôle des vaccinations ;
- l'identification des élèves en difficulté et de ceux souffrant de troubles du développement, du langage ou de l'apprentissage ;
- l'organisation du suivi médical des enfants handicapés ou souffrant de maladies chroniques avec la mise en place de projets d'accueil individualisé et de mesures d'intégration (cf. infra).

En concertation avec le chef d'établissement et les enseignants, l'équipe médico-scolaire organise des actions de prévention et d'éducation à la santé au sein même de l'établissement. Le code de l'éducation (L312-16 à

L312-18) prévoit un nombre de séances collectives minimum annuel par « groupe d'âge » en matière d'éducation à la sexualité, et de prévention des conduites addictives. Un projet de loi non adopté déposé en 2006 a visé à ajouter une obligation supplémentaire en matière de prévention des troubles de l'audition[28]. D'un point de vue quantitatif, la circulaire du 24 novembre 1998 fixait comme objectif aux établissements que les actions collectives d'éducation à la santé touchent l'ensemble des élèves du collège « pour un horaire moyen indicatif de 30 à 40 heures au total pour les quatre années de collège». Les thèmes abordés sont divers, tels l'hygiène bucco-dentaire, l'équilibre alimentaire, la maltraitance, la puberté, la sexualité, le tabagisme, l'alcool, les drogues. Elle peut aussi organiser certaines formations pour les enseignants, par exemple une formation aux gestes de premiers secours.

L'équipe médico-scolaire participe également à la surveillance de l'environnement scolaire en matière d'hygiène et de sécurité. En cas d'événements graves ou traumatisants survenant dans la communauté scolaire (épidémies, alertes de santé publique, accidents, par exemple), elle organise des dispositifs d'intervention adaptés.

Les parents sont tenus d'avertir l'établissement scolaire de leur enfant dès la première demi-journée d'absence pour cause de maladie, en particulier s'il s'agit d'une maladie contagieuse. Certaines de ces maladies imposent l'éviction scolaire : l'enfant ne doit pas se présenter en classe. Pour d'autres maladies contagieuses, cette éviction est laissée à l'appréciation du médecin. L'absence doit être signifiée par écrit sur le carnet de liaison ou sur papier libre. Au-delà d'une absence de trois jours, le retour en classe nécessite un certificat médical mais, sauf cas exceptionnel, l'établissement scolaire n'a pas à exiger un certificat de non contagion.

L'équipe médico-scolaire a également un devoir d'alerte en cas de problème de maltraitance (violences physiques, morales ou sexuelles) ou de négligence de la part des parents (alimentation, hygiène, éducation, sécurité, par exemple). Si elle constate de tels agissements, elle est tenue d'en avertir les autorités concernées (instances policières et judiciaires, services sociaux, etc.).

Scolarisation des enfants malades chroniques

Les élèves malades chroniques peuvent bénéficier d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : le dispositif doit permettre l'accueil de l'élève présentant des troubles de santé évoluant sur longue durée et nécessitant des soins, voire des dispositifs d'urgence, pendant les heures de présence de l'enfant à l'école.

Le PAI est mis en place à la demande des parents ou sur proposition des enseignants et il est élaboré par le médecin de l'Éducation Nationale. Le dispositif n'est pas obligatoire.

186 000 élèves ont bénéficié d'un PAI en 2008-2009, 102 000 reconduits et 83 000 nouveaux.

65 % des PAI concernent l'asthme, l'allergie, le diabète et l'épilepsie.

18 % des PAI concernent des troubles de l'apprentissage et servent à notifier les aménagements de la scolarité des enfants concernés en particulier au collège.

Scolarisation des enfants handicapés

Rappel sur le cadre légal : scolarité des jeunes handicapés depuis la loi du 11 février «sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées» (Source : DREES, Études et Résultats n°564, La scolarisation des enfants et adolescents handicapés, mars 2007)

Le droit d'inscrire à l'école tout enfant qui présente un handicap constitue l'une des évolutions fondamentales de la loi du 11 février 2005. La scolarisation en milieu ordinaire est posée comme principe. Sont concernés les **jeunes de 6 à 16 ans**, mais la formation peut commencer avant l'âge de la scolarité obligatoire si la famille en fait la demande. Au besoin, l'enseignement à distance est proposé, l'élève restant inscrit dans son établissement de référence. Les enfants accueillis soit dans un établissement ou un service médico-social

[28] Assemblée nationale - Proposition de loi n° 306 déposée le 6 novembre 2007 par M. Gérard GAUDRON.

d'enseignement pour jeunes handicapés, soit dans un établissement ou service médico-social créé à titre expérimental, bénéficient également d'une inscription dans un établissement du milieu ordinaire.
La scolarisation en établissement médico-éducatif est proposée aux parents par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), mise en place en 2006 au sein de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Cette Commission reprend les missions auparavant dévolues à la Cotorep (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) et à la Commission départementale de l'éducation spéciale (CDES). Le projet personnalisé de scolarisation (PPS) doit répondre aux besoins de l'élève, après évaluation de ses compétences par une équipe pluridisciplinaire. C'est un carnet de route pour l'ensemble des acteurs intervenant dans la scolarisation de l'élève (enseignants, psychologues, médecins, etc.), qui permet d'assurer la cohérence et la continuité du parcours scolaire et fait partie intégrante du plan de compensation. **Un enseignant spécialisé désigné comme référent** est mis à la disposition de chaque élève handicapé pour le suivi de son parcours de formation. Il a un rôle d'accueil (information des élèves et des familles), de relais (transmission des bilans) et d'évaluation. Lors des concours et examens, les élèves présentant un handicap bénéficient, sur avis d'un médecin spécifique, d'aménagements nécessaires (majoration du temps, conditions matérielles, aides techniques).
Des assistants d'éducation peuvent être recrutés par l'État pour faciliter l'accueil et l'intégration et assurer l'accompagnement des étudiants handicapés

Tableau 2 : Mode de scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap en 2010-2011

Niveau d'enseignement (1)	Scolarité en milieu ordinaire		Établissements hospitaliers	Établissements médicaux et sociaux (2)	Total
	Individuelle	Collective			
Premier degré	**83 309**	**42 985**	**4 957**	**62 075**	**193 326**
% ligne	*43 %*	*22 %*	*3 %*	*32 %*	*100 %*
Préélémentaire	27 465	7 571	1 808	18 543	55 387
Élémentaire	55 844	35 414	3 149	43 532	137 939
Second degré	**54 865**	**20 229**	**1 935**	**6 492**	**83 521**
%	*66 %*	*24 %*	2 %	8 %	*100 %*
Premier cycle	43 287	7 923	1 212	4 481	56 903
Second cycle	11 118	1 199	723	2011	15 051
Indifférencié (3)	460	11 107	300	2353	14 220
Total	**138 174**	**63 214**	**7192**	**70920**	**279 500**
%	*49 %*	*23 %*	3 %	25 %	*100 %*

(1) : niveau d'enseignement estimé pour la scolarisation collective et la scolarisation en établissements hospitaliers et médico-sociaux.
(2) : hors jeunes accueillis et scolarisés pour de courtes périodes
(3) : les élèves fréquentant un établissement de second degré ordinaire sans avoir nécessairement le niveau sont comptabilisés dans le total ; à l'inverse, les élèves scolarisés dans un établissement spécialisé dont le niveau est difficile à déterminer ne sont pas pris en compte dans le total.
Source : Depp.

Ainsi, en 2010-2011, sur 279 500 enfants handicapés scolarisés de 6 à 16 ans :
62 % étaient scolarisés en milieu ordinaire :
parmi eux un peu plus de deux sur trois l'étaient à titre individuel soit dans des classes « normales » soit dans des classes spécialisées adaptées aux enfants ayant des difficultés scolaires (SEGPA),
et un sur trois en classes ou unités d'enseignement spécialisés du milieu ordinaire : classes d'intégration scolaire (CLIS) pour le premier degré et unités pédagogiques d'intégration (UPI) pour le second degré.
Les autres enfants handicapés sont majoritairement dans des établissements médico-sociaux et 3 % sont hospitalisés.

Des difficultés de recrutement

Près de 10 % des postes de médecins scolaires et jusqu'à 5 % des postes d'infirmières scolaires certaines années ne sont pas couverts. Les concours ont un faible rendement, la part des contractuels atteint près de 10 % pour les médecins.

Évolution des moyens de la médecine scolaire

Infirmiers de l'éducation nationale	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ETP	5 922	6 132	6 132	6 131						
ETPT					6 581	6 868	7 159	7 309	7 388	7 449

Médecins de l'éducation nationale	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ETP	1 215	1 249	1 247	1 247						
ETPT					1 658	1 657	1 648	1 554	1 532	1 489

Source : DAF, présenté dans le rapport de la Cour des comptes déjà cité

Un décalage important entre les ambitions et les réalisations

Comme le constate la Cour des comptes[29] : *« Les activités des professionnels de la médecine scolaire n'ont cessé de se multiplier au fil des ans. Il est, en effet, demandé aux médecins et aux infirmiers de l'Éducation Nationale d'assurer, à la fois, un suivi médical obligatoire de l'ensemble des élèves, de diffuser auprès d'eux une éducation à la santé, mais également d'aider ceux qui, au cours de leur parcours scolaire, sont confrontés à des problèmes de santé ou des situations de handicap. Cette multiplication des tâches s'est opérée sans que des priorités n'aient été réellement définies, ni au niveau national, ni à celui des services déconcentrés de l'Éducation Nationale.* (….) *Enfin, les activités de la médecine scolaire sont mal connues et encore moins évaluées. Les statistiques recueillies en la matière ne sont pas fiables et n'aboutissent qu'à une vision très lacunaire des multiples activités des professionnels de la médecine scolaire qui estiment, à juste titre, ne pas être suffisamment reconnus dans leur engagement quotidien en faveur des élèves et de leur réussite scolaire. Faute de démarches d'évaluation, l'impact des actions d'éducation à la santé sur le comportement des jeunes n'est pas non plus mesuré, ce qui empêche de cibler les démarches les plus pertinentes et les plus efficaces. Enfin, force est de constater que les rares données disponibles font apparaître une dégradation des résultats obtenus au cours de la période récente. Ainsi, s'agissant des visites médicales obligatoires, seuls 65 % des enfants âgés de six ans en bénéficient aujourd'hui.*

En définitive, ces constats qui démontrent un écart profond entre les objectifs ambitieux de la médecine scolaire et la réalité de ses résultats,»

[29] Rapport de la Cour des comptes : Contribution à l'évaluation de la médecine scolaire -Rapport demandé par le Président de l'Assemblée Nationale pour le Comité d'Évaluation et de Contrôle des politiques publiques -2011

6.7: PMI[30]

Des missions définies par la loi

La loi décrit d'emblée la promotion de la santé maternelle et infantile comme une mission partagée entre l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale. Il y a bien décentralisation mais au sein d'une politique d'ensemble.

L'article L2112-2 du code de la Santé Publique impartit au service départemental de PMI une liste d'activités qui correspond à des missions plus générales de protection et de promotion de la santé maternelle et infantile (…). Ces activités concernent cinq publics prioritaires : les publics masculins et féminins, en général adolescents ou jeunes, pour l'éducation sexuelle et de la planification des naissances, les femmes enceintes ou en postnatal, les enfants de moins de 6 ans et leurs familles, les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE), les assistants maternels et les professionnels des modes de garde.

La loi fait mention de femmes et enfants « requérant une attention particulière » et le règlement de « populations vulnérables et de quartiers défavorisés ».

Les activités

Globalement la plus-value de la PMI réside dans son accessibilité géographique, financière et culturelle et sa démarche de prise en charge globale à la charnière du sanitaire, du social, de l'individuel et du collectif, du préventif et de l'éducatif, assortie d'un fort accompagnement social.

Les activités de la PMI concernent 4 champs d'activité principalement :

1.Activités de planification et d'éducation familiale	Consultations Séances collectives
2.Promotion de la santé maternelle	Séances de consultation prénatale Consultations Examens Visites à domicile de Sages-femmes
3. Promotion de la Santé de l'enfant	Séances Consultations Examens Visites à domicile d'Infirmière ou de puéricultrice Bilans en école maternelle
4. Agrément des assistantes maternelles	

Les textes fixent des normes strictes pour l'activité et les moyens de la PMI, ainsi le service de PMI est tenu à un minimum d'activité par catégorie d'intervention. Ces normes étaient supposées garantir un non retrait de l'activité suite à la décentralisation. Il est ainsi prévu un minimum de :

− quatre demi-journées de consultations prénatales pour 100 000 habitants âgés de quinze à cinquante ans ;

− une demi-journée de consultation pour les enfants de moins de six ans pour 200 enfants nés l'année civile précédente ;

− une sage-femme à plein temps ou son équivalent pour 1.500 enfants nés au cours de l'année civile précédente ;

[30] Les éléments présentés ici sont principalement extraites rapport de l'IGAS : Étude sur la protection maternelle et infantile en France, rapport de synthèse. Présenté par D. JOURDAIN-MENNINGER, B. ROUSSILLE, P. VIENNE, C. LANNELONGUE - Novembre 2006.

− une puéricultrice à plein temps ou son équivalent pour 250 enfants nés au cours de l'année civile précédente.

Un grand nombre de départements se situent en dessous des normes et aucune procédure n'a été engagée pour faire respecter ces normes (…). D'après le rapport de la Cour des comptes de 2012[31] dans son chapitre consacré à la politique de périnatalité : « *S'agissant des consultations prénatales destinées aux mères, 40 départements ne respectent toutefois pas ces normes tandis que 20 assurent deux fois plus de consultations que prévu. Pour les consultations infantiles, 56 départements n'assurent pas le nombre de séances de consultations minimales, tandis qu'une douzaine en offre au moins 50 % de plus.*
Si douze départements ne satisfont pas aux normes pour ce qui concerne le nombre de sages-femmes, tous les respectent ou les dépassent s'agissant des puéricultrices. Les écarts restent néanmoins importants : de 1 à 17 pour le nombre de sages-femmes et de 1 à 3,5 pour les puéricultrices. Enfin, en l'absence de norme pour les médecins, les disparités sont importantes : on compte 66 médecins (en ETP) pour 100 000 naissances dans le Finistère contre 980 en Seine-Seine-Denis, soit un rapport de 1 à 15. »

En outre, l'activité est mal appréhendée au plan national et au plan local. Donner une image nationale d'une activité décentralisée et qui s'inscrit dans la proximité n'est pas choses aisée. La loi a inclus expressément le recueil et le traitement d'informations dans les missions du service département et le règlement prévoit que :
- « les états statistiques concernant d'une part les activités du service départemental et d'autre part la situation sanitaire au titre de la protection maternelle et infantile » sont transmis chaque année au préfet par le président du conseil général (…)
- le service de PMI s'attache chaque année « à présenter et analyser d'autres indicateurs sanitaires, sociaux, et démographiques, utiles à la détermination des besoins de la population et des actions à entreprendre ». Par ailleurs, le service de la PMI doit, depuis 2005 transmettre, à partir des certificats de santé qu'il collecte sur tout son territoire, non seulement des données agrégées mais des données personnelles.

Théoriquement, tant les services de PMI que la DREES ont en leurs mains des outils permettant de connaitre l'activité de la PMI et les indicateurs de santé dans les départements. En fait, les études épidémiologiques locales sont rares (…). Sur le plan national, les informations sur le public de la PMI dont on ne connait pas le nombre, ni l'âge ni les caractéristiques sociales, ni les motifs de recours à ce service. Il est également impossible de connaitre exactement les actions collectives menées.

[31] Cour des comptes, Rapport Public annuel – Février 2012 – page 407.

Effectifs de la PMI

Les PMI sont assez largement confrontées à des difficultés de recrutement de médecins et de puéricultrices. Les médecins de PMI sont des médecins fonctionnaires territoriaux dont le statut est défini par un décret de 1992. Ils sont recrutés par liste d'aptitude et sont astreints à suivre une période de formation « initiale d'application » de trois mois. Pour les praticiens contractuels, la PMI rencontre aussi des difficultés liées au niveau de rémunération.

D'après le Conseil National de l'Ordre des médecins : il ne se comptait en 2010 plus que 8 nouveaux inscrits au tableau d'ordre en tant que médecin de PMI. Au 1er janvier 2011, le tableau de l'ordre recense 2 264 médecins de PMI dont 76,2 % d'entre eux sont qualifiés en médecine générale. Alors que les médecins de PMI sont âgés en moyenne de 52,3 ans, les femmes représentent 93,7 % des effectifs. 100 % des médecins de PMI exercent leur activité en tant que médecins salariés d'une structure associative, d'un service déconcentré de l'État, d'un conseil général… Les médecins de PMI sont majoritairement des médecins spécialisés en médecine générale. La spécialité de pédiatrie arrive en seconde position (16,7 %) et la spécialité de santé publique occupe le troisième rang (4 %).

Pour les puéricultrices, la situation serait moins critique, mais de nombreux postes sont tenus par des infirmières. Pour les conseillères conjugales, ce serait l'absence de statut qui empêcherait d'offrir des carrières qui serait la cause première des difficultés de gestion.

6.8 Effectifs des professionnels de santé impliqués dans la santé de l'enfant

	Total	**Dont Libéraux**	**Age des enfants pris en charge**
Pédiatres (1)	7 033	2 914	0-18
Pédo-psychiatres (2)	1 058		0-16
Chirurgien infantile (1)	177		
Puéricultrices (3)	16 025	600	?
Sages-Femmes (3)	18 076	3 218	2 mois
Orthophonistes* (3)	19 963	16 058	
Médecine scolaire			
Médecins (4)	1 478		6-18
Infirmièr(e)s (4)	8 429		6-18
PMI (5)			0-6
Médecins	2264		
PMI (6)			0-6
Médecins	1 587		
Sages-Femmes	2 728		
Puéricultrices	5 234		
Auxiliaires de puériculture	2 766		
Infirmières	3 067		
Conseillers conjugaux	2 224		
Psychologues	2 371		
EJE	2 234		
Administratifs	2 272		
Médecins Généralistes (1)	100 666	67 843	

Sources :

(1) Les médecins au 1er janvier 2011, Daniel SICART, DREES série statistiques, n° 157 – mai 2011

(2) source ADELI au 1er janvier 2009.

(3) Les professions de santé au 1er janvier 2011, Daniel SICART, DREES série statistiques, n° 158 – juillet 2011

(4) Cour des comptes, contribution à l'évaluation de la médecine scolaire, 2011, annexe : Effectifs de médecins et d'infirmiers de l'Éducation Nationale en janvier 2011

(5) données DREES 2007-2008 : 17 départements non renseignés/manquants.