Cour des comptes

LA SANTÉ DES ENFANTS

Une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé

Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale

Décembre 2021

Sommaire

PROCÉDURES ET MÉTHODES **5**

SYNTHÈSE **9**

RECOMMANDATIONS **13**

INTRODUCTION **15**

CHAPITRE I UN ÉTAT DE SANTÉ CONTRASTÉ **17**

I - UN ÉTAT DE SANTÉ DANS LA MOYENNE DES PAYS EUROPÉENS **17**

A - Des améliorations 17
B - Des marges de progrès 18

II - UN ÉTAT DE SANTÉ MARQUÉ PAR DES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES **19**

A - Des inégalités sociales marquées dès le plus jeune âge 19
B - Des disparités territoriales moins marquées, à l'exception de l'Outre-mer 24

III - UN SYSTÈME PERFECTIBLE DE SUIVI ET DE SURVEILLANCE **27**

A - Des données issues des dispositifs à vocation universelle quasiment inexploitables 27
B - Des données majoritairement issues d'enquêtes ou de travaux de recherche 29
C - Des aspects de la santé des enfants non documentés 31

CHAPITRE II UNE POLITIQUE DE RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ AUX EFFETS MODESTES **37**

I - MALGRÉ UNE PRIORITÉ RÉGULIÈREMENT AFFICHÉE, L'ABSENCE D'UNE VÉRITABLE POLITIQUE PARTAGÉE DE LA SANTÉ DES ENFANTS **37**

A - Une stratégie nationale de santé renouvelée mais toujours éclatée 37
B - Une déclinaison opérationnelle et une évaluation d'ensemble insuffisantes 42
C - L'absence de vision consolidée des dépenses 44

II - UN JEU D'ACTEURS COMPLEXE AU PILOTAGE À RÉAFFIRMER **46**

A - Une mise en cohérence nécessaire des acteurs de la santé des enfants 47
B - Une animation territoriale tout aussi complexe 50

III - DES LEVIERS D'ACTION AUX RÉSULTATS PERFECTIBLES **55**

A - Des dispositifs s'adressant à tous les enfants 56
B - Des instruments pour lever les freins financiers d'accès aux soins 66
C - Des parcours de santé encore marqués par les inégalités sociales et territoriales 75

CHAPITRE III RÉORGANISER LA POLITIQUE DE SANTÉ DES ENFANTS **80**

I - CLARIFIER LE POSITIONNEMENT DES ACTEURS SPÉCIFIQUES DE LA SANTÉ DES ENFANTS, AUJOURD'HUI EN DIFFICULTÉ **80**

A - La PMI, une place essentielle dans le parcours de santé des enfants 80
B - La santé scolaire, une institution aux multiples missions difficiles à satisfaire 83
C - Une disparition progressive des compétences spécialisées en libéral 85

II - METTRE LA PRÉVENTION AU CŒUR DE L'APPROCHE DE LA SANTÉ DES ENFANTS **89**

A - Renforcer la promotion en santé à destination des enfants et de leurs parents 90
B - L'école, lieu de diffusion des messages de prévention et de promotion de la santé 91
C - Investir davantage dans la prévention en termes humains et financiers 93

III - RÉORGANISER LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ DES ENFANTS 94
A - Réaffirmer l'importance du médecin traitant de l'enfant 94
B - Garantir la réalisation des examens obligatoires 97
C - Développer une approche centrée sur les enfants et déclinée par territoire 99
IV - DÉVELOPPER LES OUTILS NUMÉRIQUES AU SERVICE DE LA SANTÉ DES ENFANTS 101
A - Un développement très inégal des systèmes d'information 102
B - Une dématérialisation des documents de suivi des enfants à la peine 103
LISTE DES ABRÉVIATIONS 109
ANNEXES 113

Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des six chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'indépendance institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La contradiction implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses sont présentées en annexe du texte de la Cour.

La collégialité intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

⁂

Le Parlement peut demander à la Cour des comptes la réalisation d'enquêtes, sur la base du 2° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances (commissions des finances), de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières (commissions des affaires sociales) ou de l'article L. 132-6 du code des juridictions financières (présidents des assemblées).

La Cour des comptes a été saisie par la présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, par courrier du 15 décembre 2020 en application de l'article L. 132-3-1 du code des juridictions financières, d'une demande d'enquête portant sur les politiques de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé dans l'enfance. Cette demande a été acceptée par le Premier président le 6 janvier 2021 (cf. annexe 1).

Le présent contrôle a été réalisé en application des normes professionnelles des juridictions financières.

Les diligences accomplies

Le lancement des travaux de la Cour a été notifié aux administrations et organismes publics concernés par lettres en date du 14 décembre 2020, du 5 janvier 2021, du 23 avril 2021 et du 3 mai 2021.

Les rapporteurs ont conduit une soixantaine d'entretiens et entendu presque 300 personnes malgré le contexte sanitaire, au premier rang desquels le ministère de la santé, l'Assurance maladie, les agences et autorités sanitaires.

Ont également été sollicités les représentants ordinaux, professionnels et syndicaux des professions de santé impliquées auprès des enfants, le Haut conseil de la santé publique (HCSP), les associations ou réseaux de collectivités territoriales (Association des départements de France, Association des maires de France, réseau des villes santé de l'OMS), et des membres de France Assos santé pour la représentation des usagers du système de santé.

Des analyses plus approfondies ont été menées dans quatre régions et neuf départements : l'Ile-de-France (Paris, Seine-Saint-Denis, Seine-et-Marne), les Hauts-de-France (Nord, Somme), la Réunion et l'Occitanie (Aveyron, Haute-Garonne, et Lot). Y ont été rencontrés de façon systématique des représentants des ARS et des caisses primaires d'assurance maladie, et ponctuellement, des représentants des rectorats, des conseils départementaux notamment pour les services spécialisés de la protection maternelle et infantile, des associations prévention ou promotion de la santé et des structures de soins primaires (communautés professionnelles de territoire de santé, maisons de santé pluri-professionnelles ou centre de santé).

Quatre déplacements en région (Centre-Val-de-Loire, Pays-de-la-Loire, Paca, Hauts-de-France) ont été organisés dans le contexte difficile de la crise sanitaire, pour analyser la déclinaison à cet échelon de la stratégie nationale de santé en matière de prévention et les acteurs territoriaux de la prévention.

Les comparaisons internationales ont été menées à partir d'une revue de la littérature et d'entretiens réalisés avec l'OCDE, l'OMS et les rapporteurs pour la Commission européenne des études de la faisabilité pour la *Child guarantee*.

Le comité d'accompagnement

Il comprend les personnalités suivantes (par ordre alphabétique) : Patrick Castel (sociologue), Carine Franc (économiste de la santé), Fabienne Kochert (pédiatre, présidente de l'association française de pédiatrie ambulatoire), Pierre Lombrail (médecin et professeur de santé publique), Lidia Panico (sociologue et démographe de la santé) et Catherine Salinier (pédiatre). Il a été consulté à quatre reprises : au lancement de l'enquête, à la suite des entretiens nationaux, après les entretiens en région, et à l'achèvement du rapport.

Le partenariat avec l'Ined

La Cour et l'institut national des études démographiques (Ined) ont mis en œuvre un partenariat afin de documenter les inégalités de santé dans l'enfance à partir de la cohorte Elfe (Etude Longitudinale Française dans l'enfance). Cette cohorte est portée par l'Ined en collaboration avec l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et l'établissement français du sang (EFS) et vise à suivre l'état de santé et le développement, de leur naissance à l'âge adulte, de 18 329 enfants nés en 2011 et recrutés dans 349 maternités sélectionnées aléatoirement parmi les 540 maternités métropolitaines. Ce partenariat fructueux a permis de disposer de données originales, en particulier pour documenter les inégalités sociales de santé (événements de santé et professionnels ou structures consultés).

⁂

Le projet de rapport a été délibéré, le 9 novembre 2021 par la deuxième section de la sixième chambre présidée par M. François de la Guéronnière, et composée de MM. Jean-Pierre Viola, Véronique Hamayon, Anne Mondoloni et Stéphane Seiller, conseillers maître, ainsi que, en tant que rapporteurs, Mme Clélia Delpech, conseiller référendaire, Mme Isabelle Burkhard, rapporteure extérieure et M. Charles Persoz, rapporteur extérieur, et en tant que contre-rapporteur M. François de la Guéronnière, conseiller maître.

Le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, premier président, Mme Camby, rapporteure générale du comité, MM. Morin, Andréani, Mme Podeur, MM. Charpy et Gautier, Mme Démier et M. Bertucci, présidents de chambre, MM. Martin, Meddah, Lejeune, Advielle, Mmes Bergogne et Renet, présidents de chambre régionale des comptes, ainsi que Mme Hirsch, Procureure générale, a été consulté sur ce rapport le 23 novembre 2021. Le premier président a donné son accord pour la publication le 15 décembre 2021.

Synthèse

Un état de santé contrasté, marqué par des inégalités sociales et territoriales

L'état de santé des enfants âgés de moins de douze ans en France apparaît comme contrasté par rapport aux pays comparables de l'Union européenne ou de l'OCDE, même s'il est difficile à caractériser avec précision, en raison du manque de données régulièrement produites et de leur caractère lacunaire. Certains indicateurs tels que la mortalité, le surpoids ou la santé dentaire se sont améliorés. Des progrès restent possibles comme pour la santé périnatale, pour laquelle la France occupe toujours une place médiocre, la vaccination anti-rougeole, ou les comportements de santé appréciés à partir de la consommation de produits sucrés, du temps passé devant un écran ou de la sédentarité.

De plus, cette amélioration globale masque des inégalités sociales de santé très marquées dès le plus jeune âge, et des disparités territoriales moins prononcées, sauf dans les territoires d'Outre-mer. Elles ont été documentées grâce à une étude originale produite pour la Cour par l'institut national d'études démographiques (Ined) à partir des données de la cohorte Elfe. Ainsi, le poids des facteurs socio-économiques familiaux comme les revenus du foyer ou le niveau de diplôme de la mère est déterminant sur la plupart des événements de santé des enfants. En particulier, le poids des enfants, qu'il s'agisse de petits poids à la naissance, ou de poids élevé puis de surpoids et d'obésité, dépend de situation de vulnérabilité des foyers.

Le système de suivi et de surveillance de l'état de santé des enfants souffre de lacunes et de fragilités identifiées depuis longtemps, ce qui prive les pouvoirs publics des éléments de connaissance indispensables à la définition des priorités de santé publique et au suivi des actions mises en œuvre pour remédier aux inégalités sociales et territoriales de santé. En particulier, la surveillance à partir des certificats de santé obligatoires ou des examens réalisés en milieu scolaire est rendue impossible par leur caractère insuffisamment systématique et la piètre qualité des informations renseignées. Seules des enquêtes permettent de documenter cet état de santé, mais leur actualisation comme leur granularité territoriale sont faibles, et certaines informations sur les comportements de santé sont manquantes. C'est pourquoi la Cour recommande d'améliorer l'outil épidémiologique en s'appuyant davantage sur l'exploitation des bases de données médico-administratives enrichies et appariées avec des bases de données sociales et en renforçant la coordination entre les acteurs notamment pour la production et l'exploitation des enquêtes.

Une politique de réduction des inégalités aux effets modestes

Une priorité régulièrement affichée, une mise en cohérence des stratégies et des actions encore perfectible

Il apparaît tout d'abord que la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé est une priorité régulièrement affichée par les pouvoirs publics. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a été un virage important, qui s'est traduit dans la

stratégie nationale de santé. Cette dernière repose sur une approche transversale de réduction des inégalités de santé, tout en portant une attention particulière aux enfants.

Elle se heurte cependant à la pluralité des acteurs institutionnels impliqués – ministère de la santé, ministère de l'éducation nationale, assurance maladie et services départementaux de la protection maternelle et infantile, etc. En fonction de leurs priorités et de leurs missions premières, chacun de ces acteurs adopte des objectifs en matière de santé des enfants, qui ne permettent pas de définir dans la durée une véritable politique cohérente de réduction des inégalités sociales et territoriales. En dépit de la création d'un comité interministériel de la santé, et d'une instance propre à la santé des enfants et des jeunes, le CoSEJ, l'affirmation de priorités partagées ne s'incarne pas dans des actions concrètes, mesurables et suivies. Le ministère de la santé, en particulier la Direction générale de la santé (DGS), ne dispose ni des instances ni des instruments de suivi minimaux pour apprécier la mise en œuvre des priorités de la stratégie nationale de santé. Ce constat se retrouve au niveau régional, renforcé par le décalage entre le niveau d'action régional des ARS et celui départemental de l'assurance maladie, de l'éducation nationale et de la Protection maternelle et infantile (PMI).

Les dépenses de santé des enfants qui ne font l'objet d'aucun suivi en routine par les pouvoirs publics, ont été estimées à l'occasion de cette enquête par la Cour à environ 8,9 Md€ en 2019. Cette estimation inclut les dépenses de soins en ville et en établissements de santé, celles de prévention, y compris relevant de l'éducation nationale et de la PMI, et celles liées à la couverture santé solidaire.

Des leviers d'action aux résultats perfectibles

Afin de réduire dès le plus jeune âge les inégalités sociales et territoriales de santé, plusieurs leviers sont mobilisés par les pouvoirs publics. Certains, anciens, sont propres aux enfants comme les examens dits obligatoires et la vaccination, et reposent sur les médecins généralistes ou pédiatres et des professionnels de santé spécifiques (santé scolaire, PMI). D'autres sont aussi déployés pour l'ensemble de la population, afin de lutter contre les freins financiers d'accès à la santé. Malgré la mise en œuvre de ces dispositifs, les parcours de santé des enfants se caractérisent néanmoins par des différences de recours aux professionnels et aux structures de santé en fonction du gradient social des familles et de leur lieu de résidence.

Le suivi de la santé des enfants s'articule, en effet, essentiellement autour des vingt examens et des cinq examens bucco-dentaires, définis par le code de la santé publique, et réalisés à des âges clés, par différents professionnels exerçant en ville, en PMI ou en milieu scolaire, et sur la vaccination. Ces dispositifs ont, par leur caractère obligatoire et universel, vocation à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé en détectant et dépistant précocement les principaux problèmes de santé ou retards de développement et en permettant la délivrance de messages de prévention et de promotion de la santé adaptés. Mais leurs résultats, très difficiles à suivre, n'ont qu'une portée limitée. Ainsi, en 2019, seuls 60 000 examens du 9ème et du 24ème mois ont été cotés par mois en moyenne contre 125 000 attendus au regard des effectifs des enfants de ces âges, et moins d'un enfant sur cinq a bénéficié d'un examen par un médecin scolaire au cours de sa sixième année, en 2018.

C'est pourquoi la Cour recommande de renforcer le pilotage de la politique de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé dans l'enfance tant au niveau national en s'appuyant sur un CoSEJ, renouvelé dans ses missions et son fonctionnement, qu'au niveau

territorial. À cet égard, la définition d'un cadre de contractualisation unique entre l'agence régionale de santé, l'assurance maladie, le service départemental de la PMI et l'éducation nationale permettrait de garantir la cohérence des actions et des financements tout en renforçant les compétences d'animation des ARS au niveau départemental.

Réorganiser la politique de santé des enfants

Les deux réseaux d'acteurs historiques que sont la PMI et la santé scolaire connaissent des difficultés importantes, régulièrement relevées, qui hypothèquent leur capacité à remplir leurs missions en matière de santé des enfants et de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. D'une part, seule compétence de santé décentralisée aux départements, la PMI a vu ses missions considérablement élargies, y compris en dehors du champ sanitaire, sans modification substantielle de ses modes de financement et alors que ses effectifs, en particulier médicaux, ont eu tendance à décroître. D'autre part, la santé scolaire, à laquelle la Cour a consacré un rapport en avril 2020, ne parvient plus à remplir sa mission de suivi individuel des enfants mais reste un lieu propice pour des actions de prévention et de promotion de la santé en direction des enfants et des parents, dont la portée reste peu évaluée. Cette situation s'explique notamment par la pénurie de médecins scolaires et des problèmes d'organisation. Ces difficultés rencontrées par la PMI et la santé scolaire s'inscrivent plus largement dans un mouvement de disparition progressive et d'éparpillement des compétences médicales et paramédicales spécialisées de l'enfant, en particulier en ville. La prise en charge des soins pour les enfants repose désormais majoritairement sur les médecins généralistes, les pédiatres n'assurant que 33 % des consultations des enfants de moins de 12 ans en 2019 et concentrant leur activité sur les enfants de moins de deux ans, habitant dans de grands pôles urbains et des milieux sociaux favorisés. Alors que la co-existence de plusieurs professions de santé dédiées à la santé des enfants, qu'il s'agisse de prévention ou de soins, aurait pu pallier les difficultés d'accès au système de santé, elles ont tendance à se cumuler dans certains territoires.

Par conséquent, renforcer la politique de santé en faveur des enfants pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé nécessite de redéfinir le parcours de santé des enfants autour de la prévention et du médecin traitant, en l'inscrivant dans un cadre d'action territorialisé adapté aux besoins et aux ressources du territoire, et en s'appuyant sur le levier de la transformation numérique. Il s'agit de mieux allouer, autour de priorités plus lisibles et davantage pilotées, des ressources aujourd'hui dispersées, et de clarifier les missions des acteurs en favorisant leur complémentarité dans le cadre d'exercices coordonnés. Cette réallocation de ressources dans un cadre financier maîtrisé devrait constituer une priorité pour réduire les inégalités de santé des enfants, améliorer leur état de santé actuel et futur, et limiter ainsi les dépenses évitables.

Mettre la prévention au cœur de l'approche de la santé des enfants suppose de mieux informer et accompagner les parents par la mise à disposition d'informations facilement accessibles et fiables, et les enfants pour en faire des acteurs de leur santé en développant leurs compétences psycho-sociales. Cet effort implique notamment de poursuivre la dynamique de soutien aux PMI en consolidant leur financement par la reconnaissance de certains actes de puériculture et l'extension du périmètre des actes et produits pris en charge par l'assurance maladie.

Compte tenu du contexte démographique des professionnels impliqués, une telle réorganisation de la prise en charge de la santé des enfants n'est pas envisageable sans évolution des modes d'organisation en ville, reposant en particulier sur une revalorisation du rôle du médecin traitant de l'enfant et de sa mission préventive, et sur une inscription plus nette dans une démarche pluriprofessionnelle territorialisée. Afin de garantir la réalisation des examens obligatoires et des dépistages, il conviendrait de les confier au médecin traitant de l'enfant et de s'appuyer sur la complémentarité des professionnels de santé libéraux, donc sur des délégations d'actes ou la reconnaissance en libéral des infirmiers de puériculture, en recentrant en conséquent l'intervention des personnels de santé scolaire sur l'accompagnement des enfants à besoins particuliers et des équipes éducatives.

Ces évolutions ont vocation à s'inscrire dans une approche déclinée par territoire et par population, reposant sur un cadre de contractualisation renforcé entre les acteurs institutionnels, et entre les professionnels de santé, fondé sur un état des lieux des besoins et des ressources disponibles. L'expérimentation d'une maison de santé des enfants, lieu unique qui regrouperait les différents professionnels sans considération de leur mode d'exercice, permettrait non seulement d'améliorer la lisibilité du système pour les parents, mais aussi d'encourager l'exercice coordonné et pluriprofessionnel et ainsi de pallier la pénurie de l'offre dans certains territoires.

Des marges de manœuvre existent donc pour développer une politique de prévention et de promotion de la santé ambitieuse à destination des enfants. Il pourrait s'agir du point de départ d'un investissement social dont l'efficience se mesurerait à terme par l'amélioration de l'état de santé des adultes.

Recommandations

Améliorer la gouvernance et le pilotage

1. Améliorer le suivi épidémiologique en exploitant davantage les données médico-administratives, en enrichissant les indicateurs produits, en facilitant l'appariement avec des bases de données sociales, et en réalisant des enquêtes régulières et ciblées sur certains problèmes de santé *(ministère de la santé, ministère de l'éducation nationale, Santé publique France, Cnam).*
2. Renforcer le pilotage interministériel pour la santé des enfants en s'appuyant sur un CoSEJ renouvelé dans ses missions et son fonctionnement *(ministère de la santé).*
3. Unifier le cadre de contractualisation entre l'ARS, l'assurance maladie, la PMI et l'éducation nationale pour garantir la cohérence des actions et des financements relatifs à la santé des enfants pour renforcer les compétences d'animation des ARS au niveau départemental *(SGMAS, Cnam).*
5. Confier aux ARS le pilotage et le suivi renforcé des actions de promotion de la santé menées dans les établissements scolaires par des associations dans le cadre de la contractualisation unique *(SGMAS, DGESCO).*

Renforcer l'offre de soins à destination des enfants

4. Conforter les missions de la PMI en étendant le périmètre des actes et produits remboursés par l'assurance maladie aux conseils départementaux pour une meilleure prise en compte de l'activité réalisée *(DGS, DSS, Cnam).*
6. Renforcer le rôle préventif du médecin traitant de l'enfant en lui confiant la responsabilité de tous les examens obligatoires, en les revalorisant comme consultation complexe dans le cadre de cahiers des charges précis et en développant les délégations d'actes et le travail aidé *(DSS, Cnam).*
7. Reconnaître dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) des actes de puériculture afin de développer l'exercice en ambulatoire des infirmiers de puériculture aux côtés du médecin traitant de l'enfant *(DSS, Cnam, HAS).*
8. Centrer l'intervention des médecins scolaires sur leur mission d'accompagnement des enfants à besoins particuliers et les infirmiers sur leur mission de proximité, en confiant la réalisation des examens de la 6ème et de la 12ème années aux médecins traitants *(DGS, DGESCO).*
11. Réaliser prioritairement l'intégration du carnet de santé dématérialisé dans l'espace numérique de santé *(DGS, Cnam).*

Construire un parcours de soins territorialisé

9. S’appuyer sur un diagnostic territorialisé des besoins en santé de l’enfant et des ressources disponibles pour construire un parcours de prise en charge (*SGMAS*).

10. Expérimenter un label de maison de santé de l’enfant regroupant, à partir des structures existantes, les professionnels de santé d’un territoire sur la base d’un diagnostic local des besoins de santé des enfants, afin d’améliorer l’accès aux soins et à l’accompagnement des enfants et encourager l’exercice pluriprofessionnel coordonné (*SGMAS, Cnam*).

Introduction

Au 1er janvier 2021, les enfants de moins de 12 ans représentent 9,4 millions de personnes en France soit 14 % de la population, cette part diminuant progressivement sous l'effet de la baisse de la natalité. L'état de santé des enfants aujourd'hui et leur prise en charge par le système de santé seront l'un des principaux déterminants de l'état de santé des prochaines générations d'adultes et des dépenses de santé.

Si l'état de santé des enfants est difficile à caractériser avec précision, en raison du manque de données régulièrement produites, la France se situe dans la moyenne des pays comparables avec des améliorations notamment en matière de surpoids et de santé dentaire. Cependant, des progrès restent possibles comme pour la vaccination anti-rougeole ou la santé périnatale. Cette amélioration globale cache des inégalités sociales de santé très marquées dès le plus jeune âge et des disparités territoriales moins prononcées, sauf dans les territoires d'Outre-mer.

La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé est une priorité régulièrement affichée par les pouvoirs publics. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a été un virage important, prolongé par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, et traduit dans la stratégie nationale de santé. Cette dernière repose sur une approche transversale de réduction des inégalités de santé, et porte une attention particulière aux enfants. Elle se heurte cependant à la pluralité des acteurs institutionnels et à leurs propres objectifs qui ne permettent pas de définir dans la durée une véritable politique de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé dans l'enfance. En effet, aux termes de l'article L. 2111-1 du code de la santé publique, la promotion et la protection de la santé des enfants sont une mission partagée entre l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale. Il revient, en premier lieu, au ministère de la santé de définir la stratégie de prévention et les modalités d'organisation des soins en s'appuyant notamment sur le ministère de l'éducation nationale et les professionnels de santé scolaire (médecins et infirmiers en particulier), sur les conseils départementaux à travers les services de protection maternelle et infantile, sur les communes parfois et sur l'assurance maladie. Les professionnels de santé pouvant intervenir auprès des enfants sont eux aussi nombreux : pédiatres, médecins généralistes et auxiliaires médicaux qu'ils exercent en ville ou en établissement de santé, personnels médicaux ou non des services de PMI, médecins et infirmiers scolaires.

Les dépenses de santé des enfants qui n'avaient jusqu'à présent fait l'objet d'aucune évaluation globale apparaissent limitées au vu de la taille de cette population : elles représentent près de 4,5 % des dépenses nationales d'assurance maladie. Elles ont été estimées en 2019 à 8,9 Md€ en incluant les dépenses de soins en ville et en établissements de santé, celles de prévention et celles liées à la couverture santé solidaire. L'importance de ces dépenses peut laisser penser qu'il existe donc des marges de manœuvre pour développer une politique de prévention et de promotion de la santé ambitieuse à destination des enfants. Il pourrait s'agir du point de départ d'un investissement social dont l'efficience se mesurerait à terme par l'amélioration de l'état de santé des adultes.

Les inégalités de santé dans l'enfance sont marquées (chapitre I). Cependant l'insuffisante coordination d'ensemble et la complexité de la gouvernance et du pilotage réduisent l'efficacité et la lisibilité de cette politique de réduction des inégalités de santé dans l'enfance. Des outils et mécanismes à vocation universelle visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé existent, mais leurs résultats n'ont qu'une portée limitée en raison des difficultés à atteindre toutes les catégories de la population (chapitre II). Alors que les acteurs historiques comme la médecine scolaire et la protection maternelle et infantile (PMI), et plus largement les médecins spécialisés en santé de l'enfant sont en situation de fragilité, il conviendrait de réorganiser l'ensemble de la prise en charge pour redéfinir le parcours de santé des enfants autour de la prévention et du médecin traitant, en l'inscrivant dans un cadre d'action territorialisé adapté aux besoins et aux ressources du territoire, et en s'appuyant sur le levier de la transformation numérique (chapitre III).

Chapitre I

Un état de santé contrasté

En l'absence d'indicateur global, l'état de santé des enfants est suivi à l'aide d'indicateurs reposant principalement sur les incidences ou prévalences[1] de troubles ayant soit un impact sanitaire significatif (asthme, santé dentaire), soit une répercussion directe sur leur scolarité (troubles des apprentissages, santé visuelle), soit un lien potentiel avec les maladies chroniques à l'âge adulte (surpoids et obésité).

Ceci n'est ni satisfaisant ni suffisant, l'enjeu étant de disposer de données prédictives de l'évolution de l'état de santé des enfants. Le suivi des déterminants de santé (comportements de santé, habitudes alimentaires, sédentarité ou capacités motrices) fournit à ce titre des informations essentielles.

I - Un état de santé dans la moyenne des pays européens[2]

A - Des améliorations

L'état de santé des enfants en France observé à l'échelle nationale, tel que décrit par les données disponibles, apparaît contrasté en comparaison des autres pays de l'Union européenne ou de l'OCDE. Si certains indicateurs de santé se sont améliorés, d'autres ont stagné à des niveaux préoccupants. Comme dans la plupart des pays, une diminution très nette de la mortalité des moins de 15 ans a été observée en France depuis la seconde moitié du XX^{ème} siècle.

Les maladies chroniques restent globalement rares chez les enfants à deux exceptions près : l'asthme qui concerne environ 11 % des enfants et le surpoids et l'obésité dont la prévalence tend à diminuer depuis quelques années, ce qui place la France plutôt favorablement parmi les pays européens.

Concernant la santé dentaire, la situation continue à s'améliorer depuis 2007 et le lancement du programme M'T Dents, même si le manque de données au niveau national ou international ne permet pas de positionner clairement la France par rapport aux autres pays.

[1] L'incidence correspond au nombre de nouveaux cas d'une pathologie sur une période donnée (le taux d'incidence est rapporté à la population considérée). La prévalence correspond au nombre de cas d'une pathologie à un instant donné (le taux de prévalence est rapporté à la population considérée).

[2] Voir annexe 5 pour un descriptif détaillé de l'état de santé des enfants.

B - Des marges de progrès

Un certain nombre de difficultés persistent cependant. Tout d'abord, les indicateurs relatifs à la santé périnatale en général sont mauvais, et notamment concernant la morti-natalité[3] pour laquelle la France est dans une situation très défavorable par rapport à ses voisins européens, avec une stagnation de son taux à un niveau préoccupant[4].

La couverture vaccinale ensuite est globalement en demi-teinte avec une situation toujours aussi problématique pour la vaccination anti-rougeole situant la France parmi les derniers pays européens.

Enfin, les comportements de santé sont perfectibles. Alors que la situation de la France vis-à-vis du surpoids et de l'obésité infantiles semble plutôt favorable et celle vis-à-vis de la santé dentaire globalement maîtrisée, les indicateurs associés à certains déterminants de santé sont préoccupants. Ainsi, selon l'enquête européenne *Health behavior in school-aged children survey* (HBSC), la France se situe parmi les derniers pays concernant la pratique de l'activité physique. Seuls 38 % des enfants de 11 ans (26 % pour les filles et 50 % pour les garçons) déclaraient pratiquer une activité physique intense, c'est-à-dire au moins quatre fois par semaine, quand la moyenne des pays était de 48,5 %. De même, à peine 13 % des enfants de 11 ans déclaraient pratiquer une activité physique modérée à intense (9 % chez les filles et 17 % chez les garçons), au moins 60 minutes par jour, contre 24 % en moyenne dans l'ensemble des pays.

Le positionnement de la France en matière de consommation de produits sucrés est médiocre. Un enfant de 11 ans sur cinq consomme des sucreries tous les jours, cette proportion s'aggravant à 13 et à 15 ans. Malgré des progrès entre 2014 et 2018, la France se situe parmi les pays d'Europe avec les consommations moyennes de boissons sucrées les plus élevées.

Selon les études internationales, la France se situe dans la moyenne basse des pays industrialisés pour le temps passé devant les écrans, indicateur qui renseigne indirectement sur la sédentarité des enfants. D'après la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees[5]), en 2013, 83,4 % des élèves de grande section de maternelle passait plus d'une heure par jour devant un écran. En 2015, près de la moitié des élèves de CM2 passaient 2 heures ou plus par jour devant un écran.

Les effets de la crise lié à la covid 19 sur l'état de santé des enfants

Dans l'ensemble, les enfants ont été assez peu exposés à l'infection à SARS-COV-2, même si certaines formes graves ont été ponctuellement rapportées. La crise due à l'épidémie de covid 19 a cependant eu des conséquences parfois marquées sur l'état de santé des enfants, notamment sur leur santé mentale.

[3] Taux d'enfants mort-nés pour 1 000 naissances.

[4] D'après les résultats de la dernière enquête du réseau Euro-Peristat (2015), selon l'indicateur considéré, la France se situe soit en dernière position (mortinatalité totale comprenant les morts fœtales spontanées et les interruptions médicales de grossesses), soit 25ème (mortinatalité spontanée après 24 semaines de gestation), soit 21ème (mortinatalité spontanée après 28 semaines de gestation) sur les 33 pays couverts.

[5] Le temps passé devant un écran est apprécié pour les jours sans classe.

Selon une étude réalisée auprès des enfants inclus dans les cohortes Elfe (Étude Longitudinale Française dans l'enfance) et Epipage 2[6], le premier confinement, même s'il a peu affecté le climat familial, a pu conduire à une augmentation du temps passé devant un écran et à une détérioration de la qualité du sommeil. Un peu plus d'un enfant sur dix a éprouvé des difficultés comme l'isolement, l'anxiété, la difficulté à se concentrer ou l'impulsivité, qui se sont accrues au fil du confinement. Une autre étude menée par Santé publique France chez des enfants et adolescents de 9 à 18 ans[7] a mis en évidence les effets de ce confinement sur la détresse psychologique des enfants ayant des conditions de vie difficiles.

Le recours aux soins et à la prévention des enfants a aussi été significativement modifié. Selon des études menées par Epi-Phare[8], le nombre de vaccinations a diminué pendant le confinement du printemps 2020 pour rester durablement bas, jusqu'à sa fin. Si la vaccination des nouveau-nés semble avoir été moins affectée, l'ensemble des vaccins a connu une baisse très importante (- 16 % en particulier pour le ROR) de sorte que « *le nombre de vaccins non réalisés sur l'ensemble des 8 semaines de confinement et à rattraper atteignait respectivement 44 000 nourrissons pour les vaccins penta/hexavalents des 3 à 18 mois, 123 000 pour le ROR et 450 000 pour les vaccins antitétaniques destinés aux rappels des enfants, adolescents et adultes* »[9].

Ces chiffres s'expliquent en grande partie par la diminution des consultations physiques, indispensables à l'administration des vaccins. La HAS, dans son avis de juin 2020, avait insisté sur le maintien essentiel des vaccinations obligatoires des nourrissons malgré les mesures de confinement et avait appelé à une reprise de l'ensemble de ces activités de vaccination à la faveur de la levée progressive des mesures de confinement.

II - Un état de santé marqué par des inégalités sociales et territoriales

Les inégalités de santé sont présentes dès l'enfance, et concernent aussi bien les comportements de santé et les facteurs de risques, que l'état de santé ou le parcours de soins. Il est difficile d'apprécier précisément l'évolution de ces inégalités dans le temps en raison du nombre limité d'études. Cependant, le constat dressé ces dernières années est sans équivoque et montre des disparités fortes selon la catégorie sociale du foyer des enfants.

A - Des inégalités sociales marquées dès le plus jeune âge

Les inégalités sociales de santé chez les enfants sont marquées, systématiques et manifestes dès le plus jeune âge : tous les indicateurs périnataux sont fortement liés aux indicateurs socio-économiques des mères (diplôme, revenu et catégorie socio-professionnelle)[10].

[6] Ined, Populations et société n° 585, *Les enfants à l'épreuve du premier confinement*, janvier 2021.
[7] Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) n° 20-21, *Premiers résultats des facteurs associés à la résilience et à la santé mentale des enfants et adolescents lors du premier confinement lié à la Covid 19 en France*, mai 2021.
[8] Epi-phare est le groupement d'intérêt scientifique de pharmaco-épidémiologie, associant la Cnam et l'Ansm.
[9] Cnam, Rapport *Charges et produits* pour 2021.
[10] BEH n° 6-7, *Surveillance des inégalités sociales de santé périnatale au niveau national à partir des caractéristiques sociales de la commune de résidence des mères*, février 2015.

À partir d'une étude originale produite pour la Cour sur l'état de santé des enfants de la cohorte Elfe, ce lien fort entre la condition socio-économique des foyers et l'état de santé des enfants a été mis en évidence pour la plupart des événements de santé observés.

La cohorte Elfe

Dans le cadre de cette enquête, un partenariat a été conclu entre la Cour et l'Institut national d'études démographiques (Ined) afin de documenter les inégalités de santé dans l'enfance à partir des données de la cohorte Elfe qui permet de suivre l'état de santé et le développement, de leur naissance à l'âge adulte, de 18 329 enfants nés en 2011. C'est à ce jour la plus grande cohorte d'enfants en France.

Cette cohorte permet ainsi de décrire les principales problématiques sanitaires des enfants, ainsi que leur recours aux soins et les acteurs du parcours de santé mobilisés. Les données consolidées sont aujourd'hui celles relatives aux questionnaires adressés aux parents pour les enfants âgés de 2 mois à 5,5 ans. L'annexe 6 présente la méthodologie de ce suivi de cohorte et les principaux résultats des analyses réalisées dans le cadre de ce partenariat.

1 - Le poids déterminant des facteurs socio-économiques sur l'état de santé physique

La plupart des événements de santé des enfants de la cohorte Elfe[11] dépendent de facteurs socio-économiques familiaux comme les revenus du foyer ou le niveau de diplôme de la mère, ou de facteurs de dimension collective comme l'indice de désavantage social (Fdep[12]).

a) Le poids des enfants, marqueur fort de disparités sociales

La proportion d'enfants ayant un petit poids ou un poids élevé entre 8 et 16 mois est plus grande lorsque la mère a un niveau scolaire inférieur ou égal au bac. Le même constat est effectué en fonction des revenus du foyer (cf. annexe 6, tableau 17).

[11] En l'absence d'indicateur global sur l'état de santé des enfants, l'analyse a porté sur les événements de santé les plus fréquents et les plus communs, à savoir le surpoids et l'obésité, la santé dentaire, l'asthme et pathologies respiratoires, le développement psychomoteur et langagier, *etc.*

[12] Le Fdep *(French DEPrivation index)* est un indice créé par le CépiDc pour fournir un indicateur géographique en population générale du désavantage social spécifiquement adapté aux études de santé sur la population française. Le Fdep de la commune de résidence a été utilisé pour ces analyses.

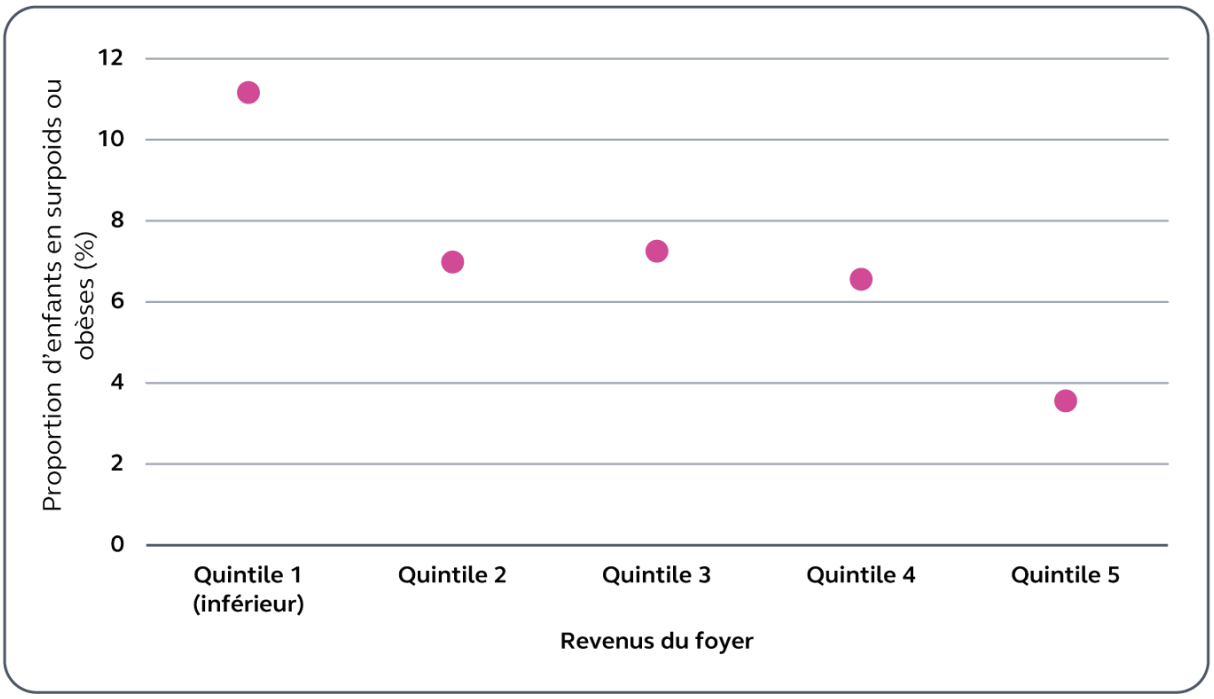
Tableau n° 1 : fréquence (%) des poids extrêmes entre 8 et 16 mois selon le diplôme de la mère

Poids des enfants selon les références françaises	Niveau bac ou inférieur	1er cycle (bac +2)	2nd cycle (Licence-Maitrise)	>=Master
Petit poids	3,74	2,68	2,97	2,79
Poids normal	93,55	95,59	95,68	95,65
Poids élevé	2,71	1,73	1,35	1,56

Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes
Note : Poids relevés dans les carnets de santé : catégories extrêmes correspondant aux valeurs au-delà de deux Z-scores par rapport aux références françaises de 2019 pour l'âge et le sexe (soit environ en-dessous du 2,5ème percentile et au-dessus du 97,5ème percentile).

Entre 2 et 4,5 ans, la proportion d'enfants souffrant de surpoids ou d'obésité[13] est trois fois plus élevée chez les enfants vivant dans les foyers à faibles revenus (11,1 %) que dans les foyers les plus aisés (3,6 %) comme l'illustre le graphique ci-dessous. Le rapport est même de 1 à 7 pour les enfants atteints d'obésité entre les quintiles de revenus extrêmes.

Graphique n° 1 : surpoids ou obésité chez les enfants (3,5 ans) en fonction du revenu du foyer



Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes
Note : selon la définition internationale IOTF pour l'âge et le sexe, calcul à partir des poids et tailles relevés dans le carnet de santé ; revenus du ménage mensuel par unité de consommation.

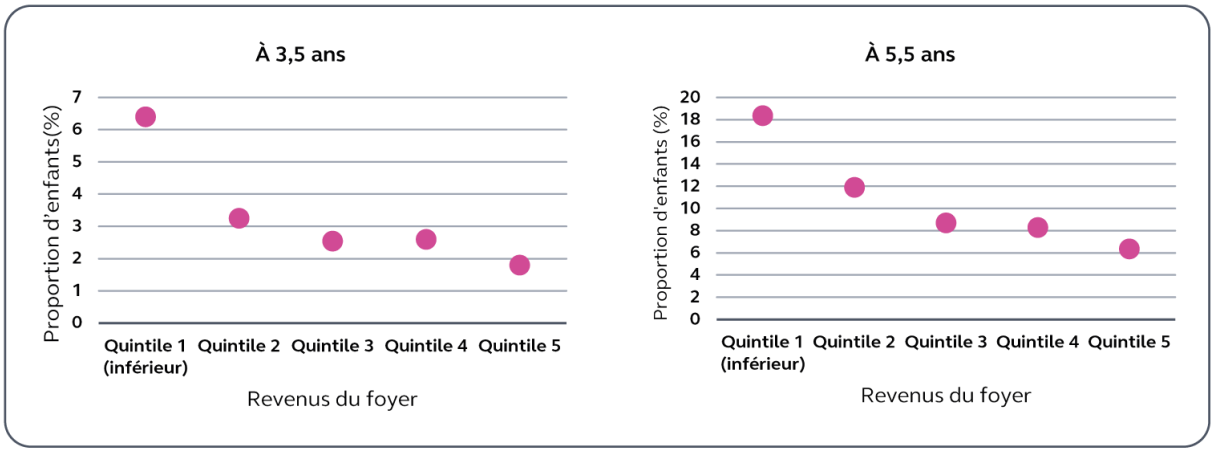
[13] Selon la référence de l'*International obesity taskforce* (IOTF).

D'autres facteurs sociaux, qui ne sont pas sans lien avec le niveau de revenu, peuvent jouer, comme le niveau de diplôme du père ou de la mère, et l'inactivité d'un des parents : les enfants dont la mère est titulaire d'un diplôme au moins de niveau master sont près de deux fois moins touchés (5,5 %) à cet âge-là par le surpoids ou l'obésité que les enfants de mère titulaire d'un diplôme égal ou inférieur au baccalauréat (9,4 %)[14].

b) Des inégalités sociales nettes en matière de santé bucco-dentaire

Comme le montrent des études menées dans de nombreux pays dont les Pays-Bas, le Royaume-Uni et les États-Unis[15], les inégalités sociales sont aussi très nettes en matière de santé bucco-dentaire chez les enfants en France. Plus les revenus des foyers sont faibles, plus les parents déclarent que leurs enfants ont des caries dentaires, traitées ou non, et ce dès le plus jeune âge : à 3,5 ans, quand moins de 2 % des parents d'enfants des 20 % des foyers les plus aisés déclarent une ou plusieurs caries, ils sont trois fois plus (6,4 %) dans les 20 % des foyers les plus pauvres. À 5,5 ans, ce rapport de 1 à 3 se maintient, avec des prévalences plus élevées. Ces différences s'observent alors que les parents des foyers les plus aisés sont deux fois plus nombreux (21 %) que ceux des foyers les plus modestes (13 %) à déclarer à 3,5 ans une consultation chez le dentiste pour leur enfant.

Graphique n° 2 : fréquence de caries au sein de la cohorte Elfe en fonction du revenu du foyer



Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes

[14] Cf. annexe 6, tableau 18.

[15] Voir par exemple T. Marquillier et coll. *Inégalités sociales de santé orale et caries précoces de l'enfant : comment prévenir efficacement ? Une revue de portée des prédicteurs de la maladie*. Revue d'épidémiologie et de santé publique, août 2020 ; L. Kragt et coll. *Social inequalities in children's health related quality of life: the Generation R* Study, Quality of life research, décembre 2017; P. Rouxel et T. Chandola, *Socioeconomic and ethnic inequalities in oral health among children and adolescents living in England, Wales and Northern Ireland*, Community dentistry and oral epidemiology, octobre 2018.

c) L'asthme

La fréquence des symptômes respiratoires évocateurs d'asthme rapportés par les parents augmente lorsque les revenus des foyers ou le niveau de diplôme de la mère diminuent : une différence de 3 points s'observe entre les enfants des foyers aux revenus les plus élevés (13,5 % à 3,5 ans et 10,7 % à 5,5 ans) et ceux des foyers les plus pauvres (16,3 % et 13,7 %, respectivement).

2 - Des différences en matière de développement et de comportements de santé

Le niveau de langage et le développement psychomoteur des enfants en école maternelle dépendent de l'activité ou non des parents, de leur profession ou de la composition du foyer. Selon l'étude Elfe-PMI décrivant les bilans de santé réalisés en petite ou moyenne section de maternelle dans 30 départements métropolitains, les taux d'enfants présentant des difficultés de langage ou de développement psychomoteur à 3,5 ans sont nettement plus élevés au sein des familles monoparentales et des familles ayant au moins un des parents inactifs.

Tableau n° 2 : retard de développement chez les enfants de 3,5 ans (en %)

	En couple	Foyer mono-parental	Mère en activité	Mère sans activité	Père en activité	Père sans activité
Difficultés de langage	4,5	8,0	2,5	10,2	4,0	10,9
Difficultés de développement psychomoteur	8,4	11,5	6,7	13,5	7,9	14,4

Source : Enquête Elfe-PMI

Les différences observées sur le niveau de langage des enfants en fonction de la catégorie sociale des parents sont en réalité déjà notables à l'âge de 2 ans[16].

Les comportements de santé des enfants varient aussi en fonction des caractéristiques socio-économiques des parents, comme la Drees l'a mis en évidence. Les enfants des foyers aux revenus les plus faibles ou de parents les moins diplômés, passent davantage de temps devant des écrans, leur alimentation est moins équilibrée et diversifiée, la consommation de boissons et d'aliments sucrés est plus fréquente et leur activité physique est plus réduite. Ce gradient sur les comportements explique en partie les différences observées sur les indicateurs relatifs à l'état et aux événements de santé.

3 - L'impact des déterminants liés à l'environnement de vie des enfants

L'analyse des inégalités sociales et territoriales de santé repose également sur l'étude de déterminants qui ont une nature collective comme l'indice de désavantage social de la commune de résidence. Ceci permet de s'affranchir partiellement des composantes purement individuelles

[16] BEH n° 1, *Inégalités socioéconomiques dans le développement langagier et moteur des enfants à 2 ans*, juillet 2019.

ou familiales tels que les revenus ou la composition du foyer, ou uniquement géographiques, même si ces paramètres sont potentiellement corrélés.

Ainsi, le taux d'enfants souffrant de caries augmente avec l'indice de désavantage social de la commune de résidence. A 5,5 ans dans l'étude Elfe, il y a deux fois plus d'enfants dont les parents rapportent une ou plusieurs caries, dans les communes à fort désavantage social (17,4 %) que dans les communes les plus favorisées (8,8 %).

Ces différences se retrouvent également pour la fréquence du surpoids et de l'obésité entre 2 ans et 4,5 ans (9,6 % contre 6,4 % entre les deux classes extrêmes selon le désavantage social) ainsi que pour celle de l'asthme diagnostiqué à 5,5 ans (17,4 % contre 15,1 %).

Comme le montre le tableau suivant, les enfants scolarisés dans des établissements relevant de l'éducation prioritaire avaient une fréquence de troubles dépistés très nettement supérieure à la moyenne des enfants.

Tableau n° 3 : troubles dépistés chez les enfants lors du bilan de santé en école maternelle

Type de trouble dépisté	**Ensemble des enfants (%)**	**Enfants scolarisés en éducation prioritaire (%)**
Surpoids (dont obésité)	12,6 (2,2)	17,9 (3,7)
Dents cariées (dont non traitées)	9,3 (7,3)	20,2 (16,5)
Examen psychomoteur anormal	9	12,4
Retard de langage	4,1	10

Source : étude Elfe-PMI. Années 2014 à 2016.

Pour les seuls problèmes d'obésité et de surpoids, les inégalités se sont creusées entre 2000 et 2013 selon les enquêtes réalisées par la Drees en grande section de maternelle[17].

Les inégalités sociales de santé sont donc très précoces et marquées, quels que soient les indicateurs employés pour définir les catégories sociales. Dès l'entrée en maternelle, et même certainement avant, la catégorie sociale du foyer a un impact significatif sur l'état de santé des enfants et leur développement.

B - Des disparités territoriales moins marquées, à l'exception de l'Outre-mer

Même si des données fines notamment au niveau départemental manquent, l'existence de disparités territoriales associées aux indicateurs de santé des enfants est réelle. Ces disparités sont très dépendantes des indicateurs, des pathologies, et des événements de santé observés, mais peu de la taille de l'aire urbaine de résidence. Ainsi la fréquence du surpoids et de l'obésité, la prévalence de l'asthme ou des caries dentaires rapportées par les parents sont identiques chez les enfants de la cohorte Elfe quelle que soit la taille de l'aire urbaine.

[17] Dress, Études et résultats, n° 924, *La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge*, juin 2015.

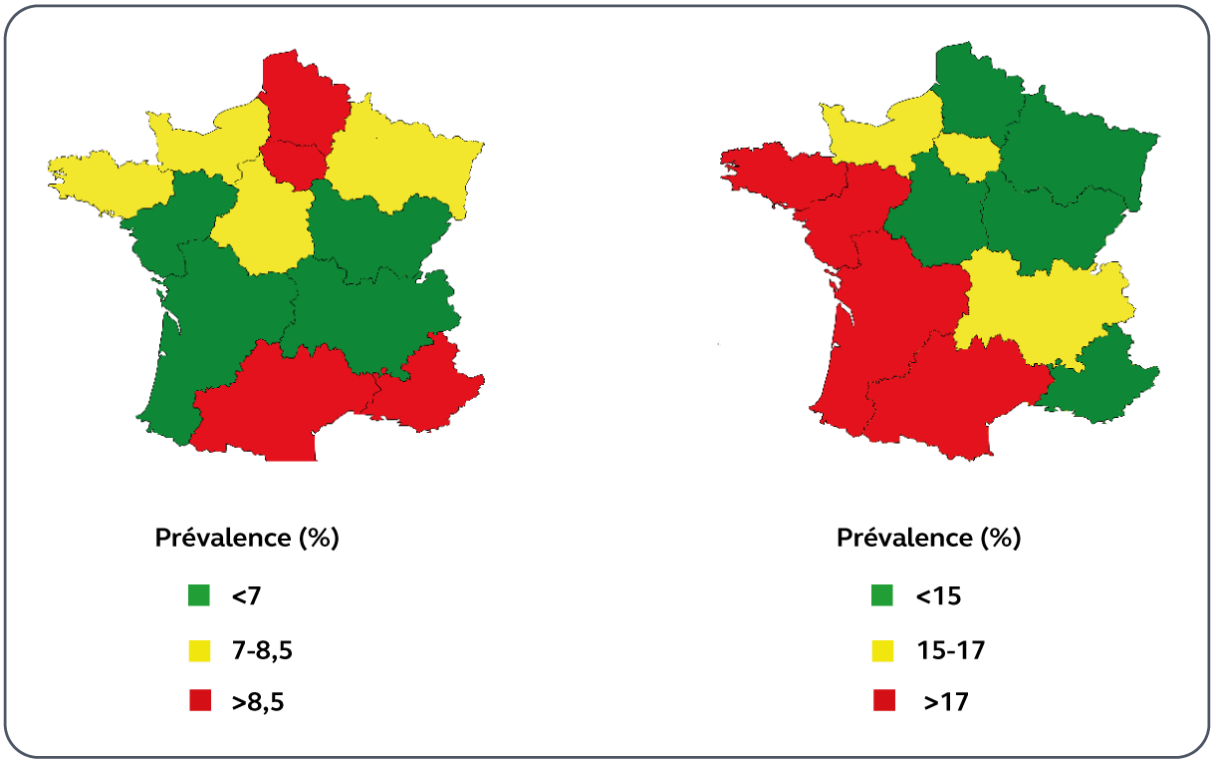
1 - Des disparités territoriales des maladies chroniques au caractère hétérogène

À l'exception de l'asthme et du surpoids (dont l'obésité), la répartition géographique des maladies chroniques appréhendées par les affections de longue durée (ALD) est assez uniforme selon les départements chez les enfants de moins de 12 ans.

La prévalence de l'asthme diagnostiqué chez les enfants dessine un gradient est-ouest, visible dès 3,5 ans et davantage marqué à 5,5 ans (voir figure suivante), selon les données issues de la cohorte Elfe. Les prévalences pondérées de l'asthme passent ainsi du simple au double entre la Bourgogne-Franche-Comté (10,9 %) et les Pays de la Loire (21,6 %) et pourraient être reliées à des expositions environnementales différentes (notamment aux allergènes, pollens et moisissures), aux caractéristiques climatiques ou encore à certains modes de vie ou pratiques alimentaires[18].

Carte n° 1 : prévalence du surpoids (dont obésité) chez les enfants de la cohorte Elfe à 3,5 ans

Carte n° 2 : prévalence de l'asthme chez les enfants de la cohorte Elfe à 5,5 ans



Source : Cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes. Représentation par la Cour des comptes.

Concernant le surpoids et l'obésité à 3,5 ans, le constat est différent : les prévalences les plus élevées se situe aux extrêmes nord et sud.

[18] Rocchi S et coll., *Indoor microbiome: quantification of exposure and association with geographical location, meteorological factors, and land use in France*, Microorganisms, 2020.

2 - Une couverture vaccinale dégradée le long de l'arc méditerranéen

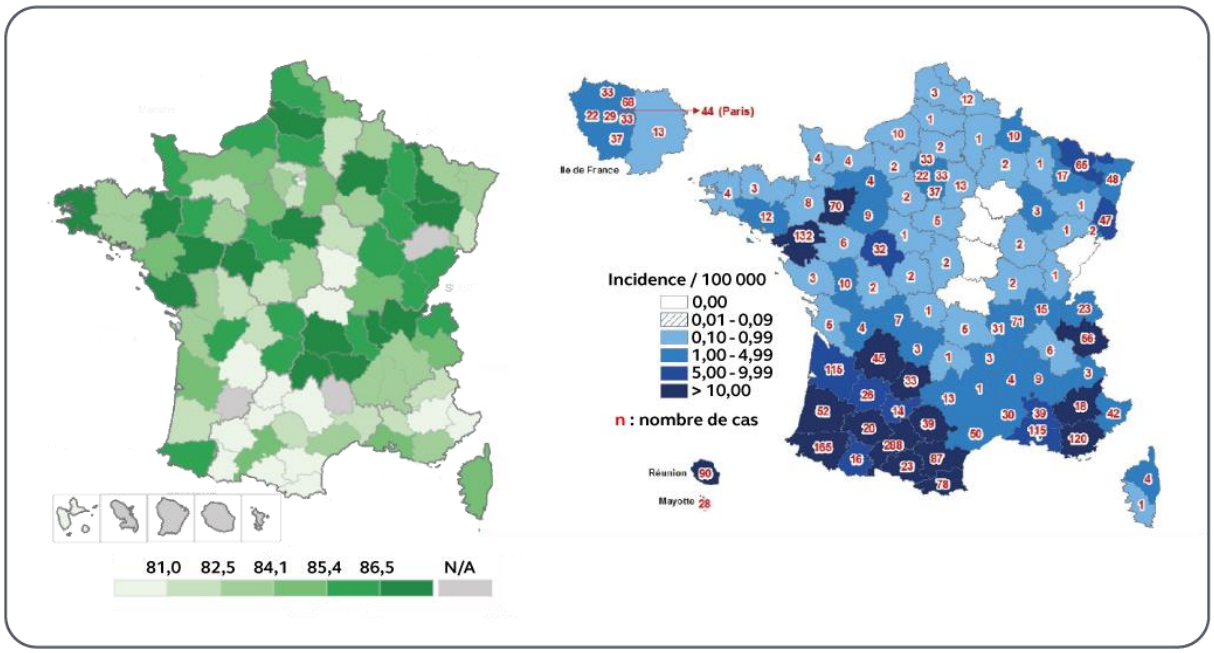
Selon les données 2020 de Santé publique France, la couverture vaccinale au titre du ROR est plus faible dans les départements de l'arc méditerranéen que la moyenne nationale comme l'illustre la carte ci-dessous.

Comme la Cour l'avait montré en 2018, l'hésitation vaccinale suit également un gradient nord-sud ; l'adhésion à la vaccination est nettement plus faible dans le sud de la France. Lors des fortes épidémies de rougeole (2018 et 2019), la majorité des cas s'est concentrée par conséquent dans ces mêmes départements, comme le montrent les cartes suivantes.

Carte n° 3 : couverture vaccinale à l'âge de 33 mois contre la rougeole en 2020 (en %)

Source : Santé publique France d'après les données du DCIR/SNDS, représentation Cour des comptes
Note : données manquantes pour les départements en gris sur la carte.

Carte n° 4 : nombre de cas de rougeole déclarés par département en 2019



Source : Santé publique France d'après les données de la déclaration obligatoire
Note : aucun cas n'a été rapporté en 2019 en Guyane, en Martinique et en Guadeloupe.

3 - Un état de santé systématiquement dégradé dans les territoires d'Outre-Mer

Quels que soient les indicateurs considérés, l'état de santé des enfants dans les Outre-mer est préoccupant, comparé à celui des enfants en métropole, à des degrés variables. Tous les indicateurs de périnatalité et de mortalité infantile y sont plus défavorables, à des niveaux inquiétants notamment à Mayotte. Le surpoids et l'obésité chez les enfants sont plus fréquents en Martinique, en Guadeloupe et à Mayotte qu'en métropole comme l'ont montré de

nombreuses études[19]. Le constat est plus nuancé pour la Réunion même si les taux restent plus élevés qu'en métropole. La Guyane semble encore préservée. La prévalence de l'asthme chez les enfants est aussi plus élevée à la Réunion et aux Antilles qu'en France hexagonale[20]. Selon une étude de la Drees en 2013, les enfants scolarisés dans les départements et régions d'Outre-mer (Drom) avaient deux fois plus de dents cariées non soignées que les enfants métropolitains.

Mayotte présente de nombreuses particularités sur le plan sociodémographique. Ce territoire concentre des indicateurs sanitaires particulièrement dégradés comme la Cour l'avait déjà rapporté en 2014[21]. C'est le seul département d'Outre-mer à avoir 5 à 10 % d'enfants souffrant de malnutrition.

III - Un système perfectible de suivi et de surveillance

La production de données fiables sur la santé des enfants est un prérequis indispensable à l'amélioration de leur état de santé, à la compréhension de ses déterminants et à la définition d'une politique publique adaptée. Dans leur avis commun en 2019[22], le Haut conseil de la santé publique (HCSP) et le Haut conseil de la famille, de l'enfance et l'âge (HCFEA) ont dressé un constat en demi-teinte sur les outils statistiques et épidémiologiques permettant de décrire l'état de santé des enfants en France. Les données sont assez nombreuses, mais dispersées, mal articulées, incomplètes et peu exploitées.

Deux grands types de sources de données peuvent être exploités pour produire des indicateurs sur la santé des enfants : les bases de données issues de dispositifs universels prévus pour l'ensemble des enfants d'une génération comme les certificats de santé ou les bilans de santé scolaire, et les données issues de travaux de recherche, ou d'enquêtes, à partir d'échantillons d'enfants et de questionnaires standardisés.

A - Des données issues des dispositifs à vocation universelle quasiment inexploitables

1 - Des certificats de santé de moins en moins renseignés

Au plan national, en dehors des données associées au premier certificat du 8ème jour rempli en général en maternité, les données issues des certificats de santé sont quasiment inexploitables.

Les certificats de santé du 9ème mois et du 24ème mois sont assez mal renseignés, en particulier sur les données sociales ou comportementales, et sur certaines affections. De plus,

[19] Institut de recherche pour le développement (IRD), Expertise collective, « *Alimentation et nutrition dans les départements d'Outre-mer* », 2020.
[20] Anses, *État des connaissances sur l'impact sanitaire des pollens et moisissures allergisants de l'air ambiant sur la population générale des départements et régions d'outre-mer*, 2017.
[21] Cour des comptes, *La santé dans les Outre-mer : une responsabilité de la République*, rapport public thématique, 2014, (disponible sur ccomptes.fr).
[22] Avis du HCSP et du HCFEA du 15 octobre 2019 relatif aux données de recherche et études sur la santé et le développement global de l'enfant.

seul un faible taux de certificats est transmis aux PMI[23], ce qui rend l'exploitation des données consolidées inutile ou hasardeuse. Selon la Drees, la représentativité des données issues des certificats de santé n'est pas assurée. Désormais, même si les données de couverture vaccinale à partir du certificat de santé du 24ème mois sont toujours produites et publiées par Santé publique France, les estimations des taux de couverture vaccinale sont de plus en plus réalisées à partir des données de la base de remboursement de l'assurance maladie.

2 - Une consolidation impossible des données issues des bilans de santé en milieu scolaire

Les bilans en milieu scolaire comprennent le bilan de santé de 3-4 ans réalisé par les services de PMI en école maternelle, la visite médicale au cours de la sixième année et le dépistage infirmier au cours de la douzième année. Selon les codes de la santé publique et de l'éducation, tous les enfants doivent bénéficier de ces examens, aux âges prévus.

Les données de santé issues des bilans à 3-4 ans ne permettent pas de produire d'indicateurs de santé à l'échelle nationale. Comme le soulignent le HCSP et la fédération nationale des observatoires régionaux de santé[24] (Fnors), la grande disparité de l'organisation du bilan et du recueil des données les rend inutilisables au niveau national. Cependant des études territoriales ponctuelles permettent de dresser des constats locaux assez fins lorsque le taux de couverture est satisfaisant.

Les examens réalisés par les personnels de l'éducation nationale sont en théorie très complets. Ils doivent faire l'objet d'une saisie dans le dossier médical scolaire de l'enfant et d'un recueil statistique par âge et par année. Cependant, plusieurs rapports[25] ont souligné les immenses difficultés rencontrées par la santé scolaire dans la réalisation de ces examens, et le défaut de remontée statistique. De trop nombreux paramètres obèrent à moyen terme toute perspective visant à décrire l'état de santé des enfants à partir des données de la médecine scolaire : taux de réalisation des visites insuffisants, absence de données sur les élèves du secteur privé, faible exhaustivité des données, qualité relative des items renseignés, système d'information peu efficace et ne permettant pas de consolider les données issues des visites des 6ème et 12ème années.

À ce stade, aucune cartographie nationale de l'état de santé des enfants ne peut reposer sur ces examens, et encore moins sous une forme longitudinale qui permettrait de suivre l'état de santé des enfants dans le temps. De même, aucun indicateur territorial fiable ne peut être produit en routine.

[23] Moins d'un sur trois et moins d'un sur quatre, respectivement pour les certificats du 9ème et du 24ème mois.
[24] Fnors. *Bilans de santé des enfants âgés de 3-4 ans en France en 2017 : les pratiques des services départementaux de PMI et des services municipaux de santé scolaire,* octobre 2019.
[25] Voir notamment : *La santé des enfants et des adolescents en milieu* scolaire, Rapport aux ministres de la santé et de l'Éducation nationale de D. Jourdan et P. Lombrail, mai 2015 ; rapport Igas/IGEN/IGAENR n° 2015-083-*R, Évaluation de politique publique. Place de la santé scolaire dans la santé des jeunes,* avril 2016 ; Académie de médecine, *La médecine scolaire en France,* octobre 2017 et Cour des comptes, *Les médecins et personnels de santé scolaire,* communication à la commission des finances de l'Assemblée nationale, mai 2019 (disponible sur ccomptes.fr).

B - Des données majoritairement issues d'enquêtes ou de travaux de recherche

Il n'y a pas de système de surveillance sanitaire relatif aux enfants après un an, en dehors des deux registres de cancer nationaux[26]. L'état de santé des enfants est donc documenté à l'aide d'enquêtes périodiques ou ponctuelles mises en place d'une façon assez peu coordonnée.

1 - Les enquêtes de la Drees en milieu scolaire

Les enquêtes de la Drees constituent la principale source d'informations périodiques sur la santé des enfants et des adolescents en France. Ces enquêtes sont réalisées depuis l'année scolaire 1999-2000. Elles concernent alternativement les élèves de grande section de maternelle (5-6 ans), les élèves de CM2 (10-11 ans) et les adolescents des classes de 3ème (14-16 ans). Ces enquêtes couvrent les Drom (hors Mayotte) malgré des échantillons de faibles effectifs dans ces territoires.

Tableau n° 4 : description des vagues d'enquêtes réalisées par la Drees en milieu scolaire

Niveau	Effectif de l'échantillon initial	Années
GSM	30 000	1999-2000 ; 2005-2006 ;2012-2013
CM2	10 000	2001-2002 ; 2004-2005 ; 2007-2008 ; 2014-2015
3ème	10 000	2000-2001 ; 2003-2004 ; 2008-2009

Source : Drees.

C'est à partir de ces enquêtes que la majorité des résultats sur la santé des enfants à l'échelle nationale ont été obtenus depuis vingt ans, et que des disparités sociales et spatiales ont été documentées. Elles sont donc essentielles.

Néanmoins, les échantillons actuels[27] restent trop faibles pour réaliser des diagnostics à l'échelle départementale. De plus, l'écart entre deux vagues d'enquête pour un même niveau scolaire (au moins six ans), l'important travail de coordination pour la production des données, et les délais nécessaires aux analyses, aboutissent à dresser des constats avec un décalage de deux à trois ans, et parfois cinq ans. Par ailleurs, le choix de se reposer principalement sur ces enquêtes au périmètre large induit des limites sur leur fiabilité. Concernant la santé dentaire, les indicateurs dans ces enquêtes sont moins précis que ceux obtenus à partir d'études transversales spécifiques, comme celles réalisées jusqu'en 2006 par l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) pour lesquelles l'examen était réalisé par un chirurgien-dentiste. Ces dernières enquêtes sont en réalité les seules qui permettent de décrire l'indice carieux avec précision et offrir ainsi les conditions pour comparer les résultats avec d'autres pays.

[26] Tumeurs solides et hémopathies malignes.
[27] La dernière vague en grande section de maternelle a concerné 18 793 élèves et celle en CM2 8 124.

Il pourrait alors être intéressant de coupler, par exemple avec une fréquence quinquennale ou décennale, des enquêtes spécialisées sur la santé dentaire et visuelle : même sur de faibles effectifs, de telles enquêtes permettraient de pondérer ou d'interpréter les résultats obtenus par la Drees avec davantage de fiabilité.

2 - Une grande diversité d'enquêtes thématiques sans cohérence d'ensemble

L'état de santé des enfants ou la description de leurs comportements de santé sont également documentés à l'aide de travaux et d'enquêtes thématiques, dont l'organisation générale est assez dispersée. Localement, certains observatoires régionaux de santé (ORS) réalisent des diagnostics et des études, basés sur les données récoltées par les PMI notamment ou sur des enquêtes ad hoc.

a) L'enquête nationale périnatale

Depuis 1995, cinq enquêtes périnatales nationales ont été réalisées par l'Inserm, le ministère de la santé et Santé publique France[28]. Il s'agit de décrire avec précision l'état de santé des mères et des nouveau-nés, les pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement, et les caractéristiques démographiques et sociales des mères et des familles afin de documenter l'évolution de la situation périnatale en France et de la comparer aux pays européens à travers le programme Euro-peristat.

L'échantillon de l'enquête nationale périnatale (ENP) représente l'ensemble des naissances survenues sur l'équivalent d'une semaine en France métropolitaine et dans les DROM et permet d'obtenir des indicateurs précis notamment concernant l'état de santé des enfants (prématurité, morti-natalité, mortalité néonatale) et représentatif au niveau national de naissances dans l'année étudiée. Avec une centaine de naissances en moyenne par département, les données ne sont pas représentatives au niveau départemental et le sont difficilement au niveau régional. Les données seront appariées au système national des données de santé (SNDS) pour l'enquête 2021. Certains indicateurs périnataux sont complétés indépendamment, par la Drees, chaque année à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

b) Des enquêtes ad hoc

Plusieurs enquêtes, anciennes pour la plupart, ont porté sur les comportements alimentaires des enfants comme les études Inca[29] réalisées tous les sept ans. D'autres ont décrit la corpulence des enfants au sein d'analyse plus large sur la santé nutritionnelle et environnementale ou l'activité physique comme l'ENNS[30] en 2006-2007, puis Esteban en 2015. Une étude périodique sur la corpulence des élèves de CE1-CE2 (2000, 2007 et 2016) réalisée

[28] En 1995, 1998, 2003, 2010 et 2016. Une nouvelle enquête a eu lieu en mars 2021 avec un suivi des mères à deux mois, dont les résultats ne sont pas encore disponibles.
[29] Études individuelles nationales des consommations alimentaires (1998-1999, 2006-2007 et 2014-2015) réalisées par l'agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses).
[30] Étude nationale nutrition-santé, portant sur 1 675 enfants.

par Santé publique France (SPF) en lien avec la DGESCO est la source française du programme international Cosi[31] porté par l'OMS Europe. D'autres enquêtes se concentrent sur la santé nutritionnelle des nourrissons comme l'enquête Epifane portée par Santé publique France en 2012 et 2021.

3 - Des enquêtes de comparaisons internationales

Depuis 1994, la France participe à l'enquête *Health behaviour in school-aged children* (HBSC)[32] sur les comportements de santé des élèves réalisée sous l'égide de l'OMS dans une cinquantaine de pays d'Europe et d'Amérique du Nord. Tous les quatre ans, des élèves de 11, 13 et 15 ans sont interrogés en classe, de manière anonyme, sur leur santé, leurs comportements de santé, leur bien-être, leur vécu à l'école et leurs déterminants. À l'issue de chaque vague, les données sont rendues publiques au niveau international et national.

Les résultats des différentes vagues de cette enquête HBSC sont précieux pour suivre les dynamiques dans le temps et les comparer entre pays. Néanmoins, s'agissant de données déclaratives, il faut interpréter les indicateurs qui en sont issus avec prudence. Il est ainsi délicat de les comparer avec des travaux employant d'autres méthodologies. Pour le surpoids et l'obésité par exemple, les taux déduits des déclarations de l'enquête HBSC sont, pour les enfants de 11 ans, très largement inférieurs à ceux observées en CM2 par la Drees qui sont établis à partir de mesures réalisées par des professionnels de l'éducation nationale.

C - Des aspects de la santé des enfants non documentés

Différents aspects de la santé des enfants sont encore trop peu documentés. Ceci est en partie dû aux limites de l'exploitation des bases de données médico-administratives et à une logique de suivi épidémiologique construite principalement sur les pathologies.

1 - Une sous-exploitation des bases de données médico-administratives

La construction des bases de données médico-administratives, en dehors du Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm, repose avant tout sur une logique de facturation et non pas sur l'objectif de construire des outils épidémiologiques. En particulier, l'exploitation des données du système national inter-régimes de l'assurance maladie (Sniiram) est complexe, faute d'actes ou de médicaments traceurs des pathologies fréquentes rencontrées dans l'enfance.

La base du PMSI permet quant à elle principalement d'identifier les diagnostics de maladies nécessitant une prise en charge hospitalière. Elle est peu utilisée pour décrire l'état de santé des enfants en dehors de travaux de recherche ciblés et de la production en routine des indicateurs périnataux par la Drees.

[31] *Childhood obesity surveillance initiative*.

[32] Le volet français de l'enquête HBSC est coordonné par le service médical du rectorat de Toulouse (jusqu'en 2018), l'UMR 1295 Inserm-Université Toulouse III (équipe SPHERE), l'OFDT et Santé publique France.

Enfin, la base du CépiDc permet d'identifier les causes associées à la mortalité des enfants, peu fréquente au-delà de 1 an. Les données sont mises à jour avec retard, la dernière année validée étant aujourd'hui 2016.

Ces bases composant aujourd'hui le système national des données de santé (SNDS) contiennent très peu d'informations de nature sociale, ce qui complique les analyses sur les inégalités de santé. La Drees a récemment réalisé l'appariement entre les données de l'échantillon démographique permanent (Insee) et le SNDS ce qui permet de lever cette difficulté pour un échantillon de 4 % de la population. Les perspectives d'analyses offertes par cet appariement apparaissent prometteuses.

Globalement, les données médico-administratives sont encore trop peu exploitées pour décrire l'état de santé des enfants, en dehors de certains thèmes particuliers comme la vaccination.

2 - Un suivi épidémiologique incomplet et centré sur les pathologies

La santé mentale des enfants reste un champ pour lequel les données sont extrêmement lacunaires. En dehors des travaux permettant d'apprécier le bien-être ressenti des enfants et des adolescents (HBSC) ou l'impact du premier confinement sur les enfants des cohortes Elfe et Epipage 2[33], très peu d'informations sont disponibles. De même, les données de prévalence des troubles des apprentissages sont pour la plupart très anciennes. Aucune description des parcours de soin dans ces champs n'est disponible. Pour pallier ce manque, Santé publique France, sous l'impulsion des ministères en charge de la santé et de l'éducation, va lancer une étude sur la santé mentale des enfants de 3 à 11 ans au printemps 2022, qui couvrira la métropole et les Outre-mer. Cette étude devrait permettre de renseigner les indicateurs de bien-être et d'estimer les prévalences des différents troubles de santé mentale et d'en préciser les déterminants, y compris de nature sociale.

Même si leur fréquence chez les enfants est faible, les maladies chroniques nécessiteraient un suivi épidémiologique plus fin que celui existant actuellement, réalisé principalement à partir de l'exploitation des données du SNDS.

Enfin, la santé des enfants est principalement décrite sous l'angle pathologique avec des indicateurs de prévalence ou d'incidence, alors que les aspects comportementaux et psycho-sociaux sont essentiels. Les données sur les comportements ou l'environnement psychoaffectif sont très rares. Une compréhension du mécanisme régissant des inégalités sociales de santé nécessite de disposer, au-delà des informations de santé, de données sur l'éducation, l'emploi des parents et leur niveau de revenus, l'alimentation, l'activité physique, ou le logement, qui sont autant de facteurs qui influent sur la santé.

[33] D'autre travaux sont actuellement en cours sur la santé mentale des enfants à partir de la cohorte Elfe.

3 - Un système insuffisamment puissant pour des analyses territoriales et régulièrement actualisées

Les limites et les lacunes du système de surveillance et de suivi épidémiologique relatif à la santé des enfants sont identifiées depuis longtemps.

Des données doivent être produites et analysées avec une plus grande fréquence et leur granularité territoriale améliorée[34]. Le modèle en place aujourd'hui conduit à un décalage très important entre deux vagues d'enquêtes réalisées par la Drees, ne repose pas sur les outils à vocation universelle existants (certificats de santé, bilans et dépistages en milieu scolaire), n'a pas de portée longitudinale[35] et intègrent peu d'informations de nature sociale. Les résultats de ces enquêtes sont produits plusieurs années après (parfois jusqu'à cinq ans ; ce délai s'est réduit à environ deux ans lors des dernières vagues), ce qui rend difficile l'adaptation des instruments de politiques publiques à la situation sanitaire. Il y a aussi un manque important de données sur les départements et régions d'Outre-mer dans ces études qui concernent majoritairement des échantillons d'enfants métropolitains.

Les seuls outils épidémiologiques qui permettent de réaliser un suivi longitudinal des enfants sont les cohortes. Ces outils visent à suivre durant plusieurs années un groupe de sujets partageant des caractéristiques préalablement définies. Ils sont précieux malgré leur coût très élevé qui limite souvent la taille des échantillons inclus. Il existe en France plusieurs cohortes d'enfants, souvent de taille réduite, incluant moins de 4 000 individus. Depuis 2011, la cohorte nationale de naissance Elfe à vocation généraliste incluant 18 000 enfants a été mise en place par l'Ined et l'Inserm. Elle est articulée avec une cohorte sœur, de taille plus petite (Epipage 2) qui a pour objectif de suivre spécifiquement le développement et l'état de santé d'enfants nés prématurés.

À défaut de réussir à fiabiliser le recueil des données issues des dispositifs de surveillance universels, seules les enquêtes ou les cohortes permettent de renseigner l'évolution de l'état de santé des enfants et les facteurs sociaux associés. C'est donc un constat insatisfaisant qui appelle une forte mobilisation pour se doter d'un système de recueil des données à la hauteur des enjeux épidémiologiques, de recherche et de pilotage d'une politique publique de santé des enfants. Les initiatives dans le champ de l'épidémiologie et de la surveillance de l'état de santé des enfants devraient faire l'objet d'une coordination d'ensemble et d'une priorisation au niveau du ministère de la santé. Celles-ci sont aujourd'hui clairement insuffisantes et elles laissent la place à trop de champs insuffisamment couverts. En particulier, comme l'ont souligné le HCSP et le HCFEA en 2019, plusieurs points apparaissent toujours comme prioritaires : la production de données régulières et fiables sur la santé des enfants, leur environnement, leur développement socio-affectif et cognitif et leur santé mentale ; la construction d'outils épidémiologiques permettant d'analyser les trajectoires, les parcours et les interactions entre les différents environnements de vie des enfants sur leur santé ; et l'accès à de telles données permettant leur exploitation à l'échelle la plus large possible par les professionnels de santé et les chercheurs,

[34] La caractérisation de l'état de santé des enfants à une maille territoriale fine nécessite des effectifs très importants. Avec 101 départements, seuls des effectifs de 50 000 voire 100 000 enfants permettraient une analyse nationale déclinée au niveau départemental. En raison de l'hétérogénéité des territoires d'Outre-mer, il faudrait nécessairement des sous-échantillons représentatifs de chaque Drom.

[35] Les études longitudinales permettent de suivre les mêmes individus sur plusieurs années.

dans le respect de la réglementation en matière de protection des données de santé. Il conviendrait de renforcer la coordination entre les acteurs pour la réalisation et l'exploitation des enquêtes afin de définir un programme de travail partagé et cohérent avec les priorités de santé publique sur les enfants.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

S'il est difficile à caractériser avec précision, en raison du manque de données régulièrement produites et de leur caractère lacunaire, l'état de santé des enfants âgés de moins de douze ans en France apparaît comme contrasté par rapport aux pays comparables de l'Union européenne ou de l'OCDE. Certains indicateurs tels que la mortalité, le surpoids ou la santé dentaire se sont améliorés. Des difficultés persistent néanmoins en matière de santé périnatale, de vaccination anti-rougeole ou de comportements de santé.

L'état de santé des enfants se caractérise aussi par des inégalités sociales très marquées dès le plus jeune âge. Ainsi, le poids des facteurs socio-économiques familiaux est déterminant sur la plupart des événements de santé des enfants. Les disparités territoriales sont, quant à elles, moins prononcées, sauf dans les territoires d'Outre-mer qui cumulent les indicateurs défavorables.

Le système de suivi et de surveillance de l'état de santé des enfants souffre de lacunes et de fragilités identifiées depuis longtemps, ce qui prive les pouvoirs publics des éléments de connaissance indispensables à la définition des priorités de santé publique et au suivi des actions mises en œuvre pour remédier aux inégalités sociales et territoriales de santé. En particulier, la surveillance à partir des certificats de santé obligatoires ou des examens réalisés en milieu scolaire est rendue impossible par la faiblesse de leur taux de réalisation et la piètre qualité des informations renseignées. Seules des enquêtes spécifiques permettent de documenter cet état de santé, mais leur actualisation comme leur granularité territoriale sont faibles. Par ailleurs, les informations sur les comportements de santé comme sur des problèmes de santé émergents sont manquantes.

En conséquence, la Cour formule la recommandation suivante :

1. *Améliorer le suivi épidémiologique en exploitant davantage les données médico-administratives, en enrichissant les indicateurs produits, en facilitant l'appariement avec des bases de données sociales, et en réalisant des enquêtes régulières et ciblées sur certains problèmes de santé (ministère de la santé, ministère de l'éducation nationale, Santé publique France, Cnam).*

Chapitre II

Une politique de réduction des inégalités de santé aux effets modestes

La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé est une priorité consensuelle, régulièrement affichée par les pouvoirs publics, qui se heurte cependant à la pluralité des acteurs institutionnels impliqués – ministère de la santé, ministère de l'éducation nationale, assurance maladie, et services départementaux de la protection maternelle et infantile, etc.

Cette priorité peine à s'incarner dans des actions concrètes, mesurables et suivies, que ce soit au niveau national ou territorial. Si certains dispositifs existent depuis longtemps comme les examens obligatoires ou la vaccination, leur portée réelle sur la réduction des inégalités de santé est modeste, en dépit de leur vocation universelle. Il y a donc un enjeu de mise en visibilité et en cohérence des actions en faveur de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé dans l'enfance afin de garantir leur efficacité par l'implication dans le temps long d'acteurs aux très nombreuses missions et priorités.

I - Malgré une priorité régulièrement affichée, l'absence d'une véritable politique partagée de la santé des enfants

A - Une stratégie nationale de santé renouvelée mais toujours éclatée

La stratégie nationale de santé pour 2018-2022[36] marque une double rupture en portant l'ambition d'une réduction des inégalités de santé par une intervention plus précoce en matière de prévention et en consacrant un volet spécifique à la santé de l'enfant. Jusque-là, aucun des plans de santé publique élaborés ne portait spécifiquement sur la santé des enfants, à l'exception des plans relatifs à la périnatalité[37], ciblant majoritairement des pathologies, des facteurs de risques ou des thématiques de santé publique.

[36] Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022.

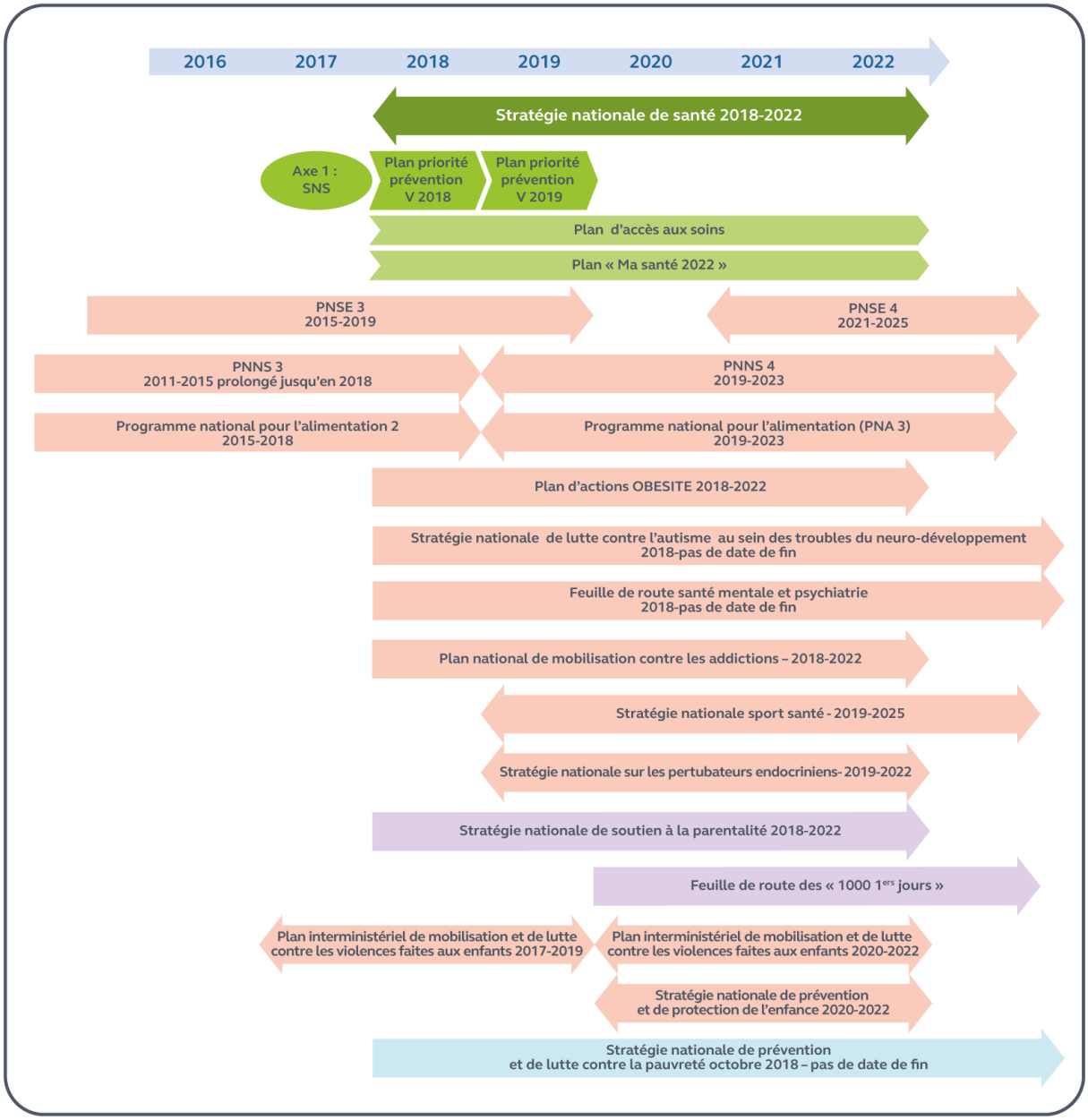
[37] De tels plans se sont succédés de 1971 à 2007. Depuis, il n'y a eu aucun plan spécifique en dépit de la position toujours médiocre de la France dans les comparaisons internationales.

Retenant la promotion de la santé (axe 1) et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (axe 2) en population générale parmi ses quatre orientations stratégiques, elle fixe sept priorités en faveur de la santé de l'enfant : l'amélioration du repérage et de la prise en charge précoce des troubles et maladies de l'enfant, le développement dès le plus jeune âge de l'éducation pour la santé et les compétences psychosociales[38], la prévention de la violence et de la maltraitance chez les enfants, et l'adaptation de l'offre de soins aux spécificités des enfants.

Cette stratégie offre un cadre suffisamment large pour que les différents plans thématiques puissent y être rattachés, en mélangeant toutefois des actions très spécifiques et des orientations plus générales. Comme l'illustre le schéma ci-dessous, ces plans thématiques nationaux comportant des mesures en faveur des enfants sont nombreux, non-synchronisés, alors qu'ils abordent des sujets très intriqués, et pilotés par des acteurs institutionnels différents.

[38] Définition des compétences psychosociales par l'OMS : « *la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement* ».

Schéma n° 1 : stratégie nationale de santé et plans nationaux thématiques



Source : Cour des comptes

1 - La stratégie de lutte contre l'autisme au sein des troubles du neuro-développement

La stratégie de lutte contre l'autisme au sein des troubles du neuro-développement (2018-2022) s'inscrit dans la continuité des trois précédents plans « autisme » et d'un plan d'actions interministériel relatif aux troubles spécifiques du langage oral et écrit, couvrant la période 2001-2004. Le développement des troubles du neuro-développement (TND) dans leurs différentes composantes constitue encore aujourd'hui un enjeu de santé publique, notamment en matière de repérage précoce, de diagnostic et d'orientation vers le bon niveau de prise en charge.

Confiée à une délégation interministérielle placée auprès du Premier ministre, la stratégie qui est structurée autour de cinq engagements et vingt mesures porte sur l'ensemble du parcours de vie des personnes, de la toute petite enfance à l'âge adulte. Elle précise le montant global des besoins de financement. Elle est déclinée en un plan d'actions présentant une fiche pour chaque mesure, précisant les pilotes, les échéances et les indicateurs de mesure.

La délégation interministérielle permet de structurer et de coordonner l'intervention de neuf ministères, trois opérateurs nationaux et de nombreux partenaires, dont les familles, et sur un conseil national des troubles du spectre autistique et des troubles du neuro-développement, installé le 3 juillet 2018. Au plan régional, des référents autisme et TND ont été désignés au sein de chaque agence régionale de santé (ARS) et une gouvernance territoriale de proximité a été mise en place.

Depuis 2018, 344 M€ ont été dégagés pour mettre en œuvre les mesures de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement. À ces nouveaux moyens s'ajoutent 53 M€ de crédits non dépensés du 3ème plan autisme (2013-2017). Au total, près de 400 M€ sont donc dédiés à l'amélioration de la réponse aux besoins des personnes qui présentent un trouble du neuro-développement.

Adossée à une structure bien identifiée et rattachée directement au Premier ministre, avec des moyens financiers spécifiques, cette stratégie présente un taux de réalisation de ses objectifs et actions plus élevé que la stratégie nationale de santé dans son volet « enfant ».

2 - La stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté

La stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté (2018-2022) repose sur cinq engagements, dont l'égalité des chances dès les premiers pas afin de rompre la reproduction de la pauvreté, et trois leviers de transformation, dont la contractualisation pour piloter la stratégie à partir des territoires.

Mobilisant de nombreux acteurs, elle a été confiée à une délégation interministérielle placée sous l'autorité conjointe du ministre des solidarités et de la santé et du ministre du travail, de l'emploi et de l'insertion. L'enjeu de coordination étant fort au plan local comme au plan national, des commissaires régionaux à la prévention et à la lutte contre la pauvreté ont été nommés et placés sous l'autorité directe du préfet de région. Ils s'attachent à mettre en place une méthode de coordination pour mobiliser les services de l'État, les agences, et les organismes de sécurité sociale et piloter avec les élus eux-mêmes les actions afin de répondre aux besoins des territoires.

Le budget consacré à la stratégie dans son ensemble s'élève à 8,5 Md€, dont 1,2 Md€ pour l'égalité des chances dès les premiers pas et 271 M€ pour la garantie des droits fondamentaux des enfants au quotidien. Les actions déployées dans ce cadre en direction des enfants sont très intriquées à celles portées par la feuille de route « santé mentale et psychiatrie », celle « des 1000 premiers jours » et par la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance. Une même mesure peut répondre aux enjeux de réduction des inégalités, de protection de l'enfance et de renforcement du parcours des 1000 premiers jours. Le rapprochement des stratégies présente des éléments redondants pouvant nuire à leur lisibilité et à leur compréhension par les acteurs de terrain, d'autant plus que les projets régionaux de santé de deuxième génération (2018-2022) comportent un volet de réduction des inégalités.

3 - Un engagement renouvelé à lutter contre les inégalités de santé dès le plus jeune âge : les « 1000 premiers jours »

L'évolution des connaissances sur le développement de l'enfant pendant les 1 000 premiers jours (de la période préconceptionnelle aux deux ans révolus de l'enfant), en particulier les corrélations établies entre les affections néonatales et postnatales et le risque pour l'enfant de développer une maladie chronique à l'âge adulte[39], a conduit l'OMS en 2005, puis de nouveau en 2010, à consacrer le concept des « 1 000 premiers jours ». Initialement centré sur le double enjeu de la nutrition et du développement cérébral[40], le concept est désormais étendu à tous les déterminants de santé.

Dans la continuité des orientations portées par la stratégie nationale de santé et le plan priorité prévention, en France, un groupe d'experts scientifiques qui comportait peu de pédiatres généralistes a remis un rapport sur les « 1 000 premiers jours »[42]. Les propositions très orientées sur le développement psycho-social, le sont beaucoup moins sur les aspects strictement somatiques, jusqu'à ne pas aborder la morti-natalité et la mortalité néonatale, malgré les mauvais résultats de la France en la matière par rapport aux autres pays européens (cf. annexes 4 et 5).

Les premières mesures annoncées en septembre 2020 traduisent la volonté de construire une politique publique de la petite enfance (jusqu'à l'âge de deux ou trois ans) privilégiant une approche de santé publique, globale, systémique, dans ses dimensions somatiques, psychologiques, environnementales et sociales. Elles s'articulent autour de cinq axes : le renforcement du parcours des 1 000 premiers jours autour de trois moments-clés (le 4ème mois de grossesse avec la généralisation de l'entretien prénatal précoce, le séjour à la maternité, le retour à domicile), des actions « d'aller-vers » pour les personnes dans les situations les plus vulnérables, la mise à disposition de ressources pour les parents et l'entourage de l'enfant, la réforme des congés parentaux, et l'amélioration de la qualité de l'accueil du jeune enfant.

Cette feuille de route semble davantage portée politiquement et structurée administrativement que la stratégie nationale de santé. En effet, elle s'incarne dans une cheffe de projet, rattachée au secrétariat général du ministère des solidarités et de la santé, s'appuie sur un comité de pilotage et des modalités de déploiement territorial définies par instruction[43] et bénéficie de financements fléchés. Le financement total est estimé entre 335 et 337 M€, dont 260 M€ au titre de la mesure allongeant le congé paternité et le rendant obligatoire.

Les « 1 000 premiers jours », sans constituer une politique de santé unifiée, en donne un fil conducteur en portant une attention particulière aux déterminants sociaux. Le risque de rupture dans le parcours de santé des enfants à 2-3 ans a été identifié : lorsque les problématiques le justifient, cette période des 1 000 premiers jours couvre une période plus large pouvant aller jusqu'à 3 ans.

---

[39] DJ Barker, *Fetal origins of coronary heart disease*, BMJ, 1995.

[40] *Manifeste pour les 1000 premiers jours de vie, une période clé dans les stratégies de prévention nutritionnelle*, 2014.

[42] « Les 1000 premiers jours : là où tout commence », rapport de la commission d'experts pour les 1000 premiers jours, septembre 2020.

[43] Instruction n° SGMCAS/2021/74 du 1er avril 2021 relative aux engagements du Gouvernement pour l'année 2021 autour de la politique des 1000 premiers jours de l'enfant et de ses modalités de déclinaison territoriale, ainsi qu'aux leviers supplémentaires mis à disposition des acteurs locaux.

4 - La stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance

Dans son rapport de novembre 2020[44], la Cour soulignait les défaillances du pilotage de la protection de l'enfance, souffrant d'une trop grande complexité et d'une insuffisante coordination des acteurs, tant au niveau national que territorial.

La stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance (2020-2022) apporte une réponse aux difficultés de gouvernance. Elle a pour objectifs l'accès à la prévention en santé pour tous les enfants, l'amélioration de la situation des enfants protégés et la production d'une meilleure convergence des réponses aux besoins des enfants et des familles. Elle est directement portée par le secrétaire d'État en charge de l'enfance et des familles auprès du ministre des solidarités et de la santé. Sous sa responsabilité, son déploiement opérationnel est piloté par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la DGS s'agissant de son volet « prévention en santé ».

Bien que la protection de l'enfance soit une compétence décentralisée des conseils départementaux, cette stratégie affirme le rôle de l'État sur les questions relevant de la santé, de l'éducation et de la sécurité en particulier. Sa mise en œuvre fait l'objet d'une contractualisation renforcée avec les conseils départementaux convergente avec les actions visant à renforcer les ressources des PMI (cf. infra).

En 2020, la mise en œuvre de la stratégie a mobilisé trois sources de financement pour un budget de 80 M€ (50 M€ sur le budget de l'État, 15 M€ sur le fonds d'intervention régional (FIR) pour 30 départements, 15 M€ sur l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) médico-social). Les montants mobilisés pour l'année 2021 s'élèvent à 155 M€ (107 M€ sur le budget de l'État, 33 M€ sur le FIR pour 70 départements, et 15 M€ sur l'Ondam médico-social).

B - Une déclinaison opérationnelle et une évaluation d'ensemble insuffisantes

1 - Au niveau national

Conçue pour fournir une vision stratégique partagée, la stratégie nationale de santé ne constitue pas un cadre de programmation ; elle ne définit ni ses modalités de pilotage ni sa mise en œuvre ce qui fragilise sa portée structurante. Sa déclinaison opérationnelle s'appuie sur le plan national de santé publique Priorité prévention et les autres plans thématiques nationaux. Le plan Priorité prévention, ne déclinant que l'axe relatif à la promotion de santé, n'a pas été suffisant pour donner de la lisibilité sur les engagements en matière de santé des enfants. Comme l'a souligné le HCSP[45], de nombreux objectifs fixés dans la stratégie nationale de santé n'ont pas été traduits en objectifs opérationnels, sans pour autant renvoyer aux autres plans thématiques de santé publique. Cette insuffisante structuration aboutit à une construction parcellaire ne permettant pas aux très nombreux acteurs de se l'approprier et d'y inscrire leurs

[44] Cour des comptes, *La protection de l'enfance : une politique inadaptée au temps de l'enfant*, rapport public thématique, novembre 2020 (disponible sur ccompte.fr).
[45] HCSP, *Évaluation de la pertinence et de la cohérence du plan national de santé publique*, mars 2019.

propres initiatives ni au ministère de la santé de le piloter. L'absence de précision sur les modalités de conduite de projets (responsabilités, moyens, échéances) limite de fait son caractère opérationnel. En outre, conçu pour être évolutif et adaptatif, le plan Priorité prévention ne couvrait que les années 2018-2019. Son premier bilan en début d'année 2019 a témoigné de la dynamique engagée, mais la crise liée à la covid 19 a interrompu la démarche.

Les pouvoirs publics ne se sont pas dotés au niveau national d'un document consolidé recensant de façon exhaustive les mesures concernant les enfants extraites des différents plans, à même de garantir un pilotage et un suivi efficace de leur exécution.

L'évaluation de la stratégie nationale de santé a été confiée à la Drees. Parmi les vingt-deux indicateurs de suivi retenus, deux sont spécifiques à la santé des enfants : la couverture vaccinale pour les onze vaccins obligatoires et la proportion d'enfants de 6 ans ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année suivant leur sixième anniversaire. Le volet relatif à l'Outre-mer comporte un indicateur sur le taux de mortalité périnatale. L'évaluation *in itinere* du plan Priorité prévention a été réalisée par le HCSP en 2020. L'évaluation continue n'a pas été poursuivie telle que prévue, en raison de la crise sanitaire. Selon la DGS, l'évaluation ex-post du plan priorité prévention est en cours de réalisation.

Au-delà du plan Priorité prévention, chaque plan thématique fait l'objet d'un suivi spécifique sans consolidation d'ensemble.

2 - Au niveau territorial

La dispersion des actions et des priorités relatives à la santé des enfants parmi les nombreux axes et objectifs rassemblés au sein des projets régionaux de santé (PRS) rend complexe l'identification d'une politique régionale de santé de l'enfant.

Après examen des différents programmes régionaux de santé (PRS), construits selon une logique matricielle qui croise des approches thématiques ou ciblées[46], transversales[47], construites autour de parcours ou sectorielles (hôpital, médico-social, ville), la santé des enfants ne fait généralement pas l'objet d'un axe spécifique. Elle est très majoritairement abordée de manière dispersée dans plusieurs axes d'orientations stratégiques dont il faut extraire et rassembler les projets ou actions pour avoir une vision globale sur les enfants. La santé des enfants est une priorité identifiée dans deux cadres d'orientation stratégiques (Hauts-de-France, Océan Indien) ; neuf ARS[48] ont défini des parcours spécifiques pour enfants et adolescents.

La méthodologie de construction et de pilotage des projets concernant la santé des enfants est variable. Certaines ARS ont missionné un chef de projet santé des jeunes (Occitanie), ou santé mère-enfant (ARS Hauts-de-France, La Réunion, Île-de-France) s'appuyant soit sur des groupes préexistants et les dynamiques antérieures (ARS Hauts-de-France), soit mis en place à l'occasion du PRS.

L'identification des territoires prioritaires, résultant de diagnostics territoriaux et d'une concertation avec les instances de démocratie sanitaire est un élément structurant de la

[46] Par exemple sur le cancer, la santé mentale ou le handicap.
[47] Par exemple sur la lutte contre les inégalités de santé ou la promotion de la santé.
[48] Bourgogne-Franche Comté, Normandie, Nouvelle Aquitaine, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France, et Occitanie.

territorialisation de la politique de santé. Elle sous-tend la sélection des actions prioritaires pour la construction des contrats locaux de santé (CLS), ou des projets de communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS), les dispositifs « d'aller-vers », et le lancement des expérimentations, etc. Elle doit donc faire l'objet d'une attention particulière et d'une construction partagée entre tous les acteurs impliqués, y compris l'éducation nationale, les collectivités territoriales et l'assurance maladie.

L'exemple des Hauts-de-France

Afin que les spécificités territoriales soient mieux prises en considération et partagées avec les différents partenaires de chacun des cinq territoires de démocratie sanitaire de la région [49], les priorités de santé ont été déterminées en cinq phases : publication de diagnostic territorialisé et présentation lors de la réunion d'installation de chaque conférence territoriale de santé (CTS) en janvier 2017 ; rencontre entre l'ARS et les membres du bureau de la CTS pour présenter les spécificités du territoire en mars 2017 ; temps d'appropriation par les membres de la CTS, à partir de recherche d'informations complémentaires, combinées à l'expertise et la connaissance du terrain ; définition de cinq priorités en avril ; puis de mai à novembre 2017, mise en regard des cinq priorités des CTS et des chantiers définis par l'ARS pour aboutir à un PRS cohérent.

L'ARS a croisé les indicateurs sociaux et sanitaires issus de différentes bases de données nationales (CépiDc, Inserm, Cnaf, ministère de l'économie et des finances, Drees, Asip-santé, …) pour établir les diagnostics territoriaux et élaborer son programme régional d'accès prioritaire aux soins. Ces éléments ont été complétés par un diagnostic territorialisé, réalisé par l'observatoire régional de la santé et du social des Hauts-de-France.

Il manque dès lors une vision d'ensemble du degré d'atteinte des objectifs stratégiques et opérationnels d'autant que le suivi en comité interministériel de la santé a été mis à mal par la crise sanitaire. De plus, les données à visée épidémiologique et statistique, les outils de recueil et d'évaluation des actions probantes et les éléments de suivi des dépenses engagées sont perfectibles. Tous ces facteurs se conjuguent empêchant les pouvoirs publics de mesurer l'efficacité des multiples dispositifs d'action publique qu'ils mobilisent.

C - L'absence de vision consolidée des dépenses[50]

Il n'existe pas d'étude récente sur les dépenses de prévention ou de prise en charge des soins ou biens médicaux, consacrées aux enfants en France. Les seules estimations ont été produites par le haut conseil pour la famille : en 2009, la dépense de soins engagée pour les enfants de moins de vingt ans avait été estimée à 16 Md€[51], et en 2014[52], à 18 Md€, auxquels le haut conseil suggérait d'ajouter les 1,1 Md€ affectés par les départements à la prévention médico-sociale et incluant donc les dépenses liées aux services de PMI.

Alors qu'il s'agit d'une priorité régulièrement affichée, les pouvoirs publics, au niveau national comme territorial, ne se sont dotés d'aucun instrument de suivi des dépenses de santé

[49] L'Aisne, le Hainaut, la métropole Flandres, l'Oise, et la Somme.
[50] Voir analyse détaillée en annexe 7.
[51] Haut conseil pour la famille, *Présentation générale des dispositifs en faveur des familles*, octobre 2009.
[52] Institut de recherche économiques et sociales (Ires), *Les dépenses consacrées par la société pour les enfants*. Étude réalisée pour le haut conseil pour la famille, août 2014.

consacrées aux enfants. En raison de la multiplicité des acteurs concourant à la santé des enfants, des différentes sources de financement, de la faiblesse des systèmes d'information disponibles, reconstituer les dépenses de santé des enfants dans leur globalité est donc malaisé. Les dépenses de prévention et de prise en charge des soins et biens médicaux pour les enfants de moins de 12 ans ont été estimées par la Cour pour 2019 à environ 8,9 Md€ comme le résume le tableau ci-dessous.

Tableau n° 5 : synthèse des dépenses relatives à la santé des enfants de moins de 12 ans en 2019

	Assurance Maladie	État	Collectivités
Dépenses de ville	3 286 M€		
Dépenses en établissements de santé (MCO, CS et HAD)	3 277 M€		
Dépenses Complémentaire Santé Solidaire	400 M€		
Dépenses de prévention			
dont médecine scolaire		1 260 M€	
dont PMI			500 M€
dont FIR	63 M€		
dont FNPEIS	85 M€		
Total 2019	**8 871 M€**		

1 - Les dépenses de soins

En 2019, les dépenses de santé des enfants à la charge de l'assurance maladie s'élèvent à 6,6 Md€, répartis à parts égales entre les soins de ville et les établissements de santé, soit 4,3 % des dépenses totales de l'assurance maladie alors que les enfants représentent 14 % de la population totale.

Les dépenses de soins de ville se sont élevées entre 2016 et 2019 à un peu plus de 3 Md€, en légère croissance sur la période (+ 3,3 %) avant la rupture de 2020 due à la crise sanitaire. La majorité des dépenses de ville se concentre en 2019 sur la pharmacie d'officine ou les médicaments (23 %), la médecine (31 % dont 22 % de médecine générale et 6 % de pédiatrie), l'orthophonie (12 %) et les soins dentaires (7 %).

Les dépenses hospitalières prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, ont atteint 3,3 Md€ en 2019 dont 89 % correspondent aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Les dépenses de MCO pour les enfants de moins de 12 ans se sont élevées à 2,96 Md€ en 2019, en légère diminution sur la période 2016-2019, soit 5,4 % des dépenses hospitalières totales. En 2020, elles ont diminué de 8 % sous l'effet de la crise sanitaire.

2 - Les dépenses de prévention

Les dépenses de prévention sont difficiles à circonscrire, les frontières étant parfois ténues entre la prévention et les soins. Ainsi, les examens médicaux obligatoires, qui ont une vocation préventive, sont des dépenses de soins de ville facturées sur le risque maladie alors que les examens bucco-dentaires sont des dépenses de prévention institutionnelle, financées par le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS). Pour la vaccination ROR, une partie relève du risque maladie et l'autre du FNPEIS.

Outre les examens médicaux obligatoires et les examens bucco-dentaires, les dépenses de prévention relatives aux enfants correspondent principalement à la PMI, la médecine scolaire et aux fonds de prévention tels que le FIR et le FNPEIS.

Au total, les dépenses de prévention à destination des enfants, en dehors des actions prises en charge sur le risque maladie, sont estimées à 2 Md€, soit environ 11 % des dépenses totales de prévention, dont la plus grande part correspond à la médecine scolaire (1,3 Md€) et à la PMI (0,5 Md€).

II - Un jeu d'acteurs complexe au pilotage à réaffirmer

Aux termes de l'article L. 2111-1 du code de la santé publique, la promotion et la protection de la santé maternelle et infantile sont une mission partagée entre l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale. Elle comprend notamment des mesures de prévention (incluant les vaccinations), de dépistage des handicaps, d'information sur les risques pour la santé, liés à des facteurs environnementaux et la réalisation d'examens médicaux obligatoires à des âges clés[53], complétés par des examens bucco-dentaires[54]. Il revient, en premier lieu, au ministère de la santé de définir la stratégie de prévention et les modalités d'organisation des soins en s'appuyant sur d'autres acteurs :

- le ministère de l'éducation nationale, dont les missions en matière de santé scolaire sont axées sur la prévention et le repérage des troubles susceptibles d'entraver les apprentissages, et sur des actions collectives d'éducation à la santé et de promotion de la santé ;
- les collectivités territoriales, et plus particulièrement les départements qui sont chargés de l'organisation des services de la PMI, et certaines communes qui continuent parfois à exercer une compétence en matière de santé des enfants ;
- l'assurance maladie, qui développe des actions particulières à destination des enfants comme la promotion de la déclaration du médecin traitant, la sensibilisation sur les soins bucco-dentaires ou des expérimentations de prévention de l'obésité.

[53] Art. R. 2132-1 du CSP.
[54] Art. L. 2132-2-1 du CSP.

A - Une mise en cohérence nécessaire des acteurs de la santé des enfants

1 - Un pilotage interministériel encore limité

Comme le rappelle l'OMS, améliorer la santé suppose une approche collaborative pour vérifier l'impact potentiel de toute politique sur la santé des personnes et rechercher les synergies. Ce principe figure aussi en introduction du plan Priorité prévention : « *promouvoir la santé : c'est avant tout promouvoir la concertation et la coordination des politiques publiques* ».

À cet égard, la création du comité interministériel pour la santé en 2014[55] constitue une amélioration notable en matière de coordination des ministères et des administrations à mobiliser. Placé sous l'autorité du Premier ministre, le comité a pour mission de suivre les plans ou programmes d'actions susceptibles d'avoir un impact significatif sur la santé et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Plus de douze ministères et trente administrations centrales sont associés dont les ministères de l'agriculture, de la justice, de l'éducation nationale, de la transition écologique et solidaire, ou encore des solidarités et de la santé. Il est chargé du pilotage de la stratégie nationale de santé, en particulier son comité permanent restreint[56] présidé par le directeur général de la santé et qui comporte des représentants de neuf ministères. Il a adopté le plan Priorité prévention le 26 mars 2018 ce qui témoigne d'une volonté manifeste d'insuffler une nouvelle culture interministérielle et transversale de promotion de la santé. Son rythme de réunion est cependant trop irrégulier pour permettre un pilotage et un suivi efficace de la stratégie nationale de santé. Il ne s'est pas réuni depuis mars 2019.

Le comité pour la santé des enfants et des jeunes (CoSEJ[57]) est devenu l'instance de pilotage unique des politiques concernant les moins de 25 ans. Rattaché au comité permanent restreint pour la santé, il a été mis en place le 29 janvier 2019 pour se substituer aux comités de pilotage des conventions cadres de partenariat conclues entre les ministères de la santé et de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de l'agriculture et de la justice. Cette instance interministérielle doit en particulier piloter la mesure n° 7 du plan Priorité prévention relative à l'école promotrice de santé. Composé de plus de vingt personnes, avec des taux de participation et des niveaux de représentation hétérogène, ce comité s'est réuni deux fois en 2019, puis en janvier 2021 sur la santé mentale des jeunes. Il correspond davantage à une instance de présentation des initiatives de chaque acteur que de débat et de définition d'une stratégie commune, avec une mise en cohérence et une priorisation des actions.

Ces diverses instances de pilotage interministériel devraient permettre de structurer une politique globale de santé des enfants, en partageant des priorités, des objectifs et un calendrier, et en s'appuyant sur des instances ou des coopérations à un niveau plus technique et opérationnel pour leur mise en œuvre. Leur rôle est cependant trop méconnu et insuffisamment relayé à un niveau permettant l'action. Il conviendrait de renforcer le rôle du CoSEJ en matière

[55] Décret n° 2014-629 du 18 juin 2014 portant création du comité interministériel pour la santé.
[56] Art. D. 1411-32 du CSP.
[57] Le comité est composé : de la DGS, de la DGOS, de la DGCS, de la DSS ; de la DGESCO ; de la DGESIP (étudiants) ; de la DPJJ ; de la DGER (jeunes de l'enseignement agricole) ; de la DGEFP ; de la DJEPVA (pour les enfants de plus de 3 ans dans le cadre des accueils de loisirs à caractère éducatif, et pour les 18-25 ans dans le milieu associatif) ; de la DGOM ; de la DS (direction des sports) ; de la Cnam ; d'un représentant de chacune des administrations territoriales suivantes : ARS, rectorats, DRPJJ, DRAAF, DIRECCTE et DRJSCS.

de santé des enfants, en désignant une personnalité afin de porter et d'incarner la politique de santé des enfants, de coordonner et de mobiliser les différents acteurs impliqués, et en précisant dans le CSP ses modalités de fonctionnement.

2 - L'assurance maladie : l'efficacité d'un réseau très structuré pour décliner les priorités nationales

L'assurance maladie ne développe pas d'approche populationnelle, mais structure sa démarche par pathologie ou par dispositif. Elle a néanmoins identifié dans son contrat d'objectif et de gestion (COG) 2018-2022 un ensemble d'actions ciblées sur les enfants[58]. Il s'agit de promouvoir la déclaration du médecin traitant pour les enfants, de poursuivre les actions de sensibilisation sur les soins bucco-dentaires dans les classes de CP et d'expérimenter plusieurs actions ou programmes de prévention tels que le dépistage précoce des troubles du langage ou de la fonction visuelle ou auditive en milieu scolaire ou la prévention des maladies liées à la nutrition, notamment de l'obésité et du diabète.

Les programmes de prévention déployés ont également pour objectif la réduction des inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins en mettant en œuvre des actions spécifiquement à destination des personnes les plus socialement défavorisées et les plus éloignées des programmes de prévention.

La logique d'organisation et de fonctionnement de l'assurance maladie demeure très centralisée et ses priorités fondées sur la gestion du risque et l'identification des principaux postes de dépenses pour l'assurance maladie obligatoire.

Les caisses primaires d'assurance maladie déclinent les priorités nationales de la COG, sans adaptation aux spécificités des territoires ou de manière limitée, et sans véritable articulation avec le PRS. De manière générale, le PRS ne semble pas être le cadre de référence des interventions en matière de prévention des Cpam malgré leur participation aux instances régionales d'élaboration et de suivi.

Les ARS pilotent la territorialisation de la politique de santé sur la base de diagnostics territoriaux, présentés et validés en conférences territoriales de santé, notamment pour guider les démarches « d'aller-vers » et d'accompagnement renforcé. Les Cpam interviennent dans les seules zones d'éducation prioritaire par exemple pour déployer le programme « M'T Dents », indépendamment des territoires identifiés par les ARS.

Le déploiement du programme de retour à domicile (Prado) de l'assurance maladie[59] constitue un autre exemple d'une priorité définie au plan national mais dont les modalités de mise en œuvre sont insuffisamment concertées avec les acteurs locaux. Dans le département du Nord, le déploiement du Prado n'a pas tenu compte des organisations locales pré-existantes et a mis un terme aux initiatives engagées. Onze ans plus tard, les priorités d'intervention du Prado évoluant, la recherche de solutions alternatives pour poursuivre les visites à domicile est de nouveau nécessaire.

[58] Action 2.2 de la COG 2018-2022.

[59] Proposé depuis 2010 pour accompagner les femmes à domicile après leur accouchement, le service est aujourd'hui proposé en priorité aux mères quittant la maternité dans le cadre d'une sortie précoce (dans les 24 à 72 heures après un accouchement par voie basse ou dans les 96 heures après une césarienne).

Enfin, dans le cadre de la stratégie de prévention et de protection de l'enfance, la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) conclut seule une convention avec la PMI, alors qu'une autre convention lie la préfecture le conseil départemental, et l'ARS. De la même manière, les rectorats conventionnent directement avec les Cpam, en parallèle de la convention conclue avec l'ARS. Afin de renforcer la cohérence des priorités, des actions et des financements, il conviendrait de définir un cadre de contractualisation unique entre l'ARS, l'assurance maladie, la PMI et le rectorat, dans le respect des orientations stratégiques de chacun des acteurs.

3 - La PMI, la difficile animation d'une politique nationale décentralisée

Seule compétence santé décentralisée depuis 1983[60], la protection maternelle et infantile (PMI) fait figure d'exception dans l'organisation du système de santé français. Initialement dédiée aux consultations préventives à destination des femmes enceintes, des enfants de la naissance à six ans, des femmes et des jeunes dans le cadre de la planification, son champ d'intervention a été fortement élargi. Elle prend notamment en charge des actions de prévention auprès des mineurs en danger, des activités d'agrément et de contrôle des modes d'accueil de la petite enfance, ou encore des traitements d'informations épidémiologiques.

Disposant d'un fort ancrage territorial dans une logique de proximité et d'accessibilité, assurant une continuité du parcours avant, pendant et après la naissance de l'enfant, dotés de professionnels variés dont l'exercice coordonné permet une prise en charge globale médicale, sociale, psycho-éducative, à la fois individuelle et collective, les services de PMI constituent un acteur central de la politique publique de santé en faveur des enfants et de réduction des inégalités sociales et territoriales. Ils mettent en œuvre un principe d'universalisme proportionné garantissant un accès pour tous, en portant une attention particulière aux personnes en situation de vulnérabilité. Leur mission de « service public » a été établie par la loi relative à la santé publique d'août 2004. La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a confirmé cette inscription des services de PMI dans la politique nationale de santé.

Alors que l'importance de la PMI a été soulignée par plusieurs rapports dont celui de la députée Michèle Peyron[61] ou de la commission des 1000 premiers jours, les modalités de pilotage sont complexes.

D'une part, les services départementaux de PMI ne constituent pas un réseau, avec une représentation unifiée ce qui rend le dialogue avec les pouvoirs publics au niveau national difficile. En effet, les priorités et l'organisation de chaque service relèvent de la responsabilité du président du conseil départemental, en vertu du principe de libre administration des collectivités territoriales. Ces services sont rattachés à des directions aux périmètres et compétences variés en fonction des départements. Selon le rapport Peyron, les PMI ont été victimes d'un défaut de définition d'une vision stratégique commune et d'une fonction d'animation et de régulation. La mise en place en janvier 2017 d'un comité technique pour l'animation nationale des actions de protection maternelle et infantile (CANA-PMI), co-animé par la DGS et l'association des départements de France (ADF), ne répond que partiellement à ce besoin de pilotage national et

[60] Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État.
[61] Michèle Peyron, *Pour sauver la PMI, agissons maintenant !*, rapport au Premier ministre, mars 2019.

d'échanges sur des bonnes pratiques. Il n'a pas vocation à porter les sujets politiques. Outre les services de PMI, représentés par des médecins de PMI[62], participent à ce comité les directions centrales des ministères[63], des agences sanitaires et la caisse nationale d'assurance maladie, des représentants des associations professionnelles (médecins, puéricultrices, sages-femmes, psychologiques) et des familles (UNAF et ATD quart Monde).

D'autre part, le recours à la contractualisation pour inscrire les PMI dans des priorités nationales pose aussi question, même s'il offre des moyens financiers supplémentaires. Car il y a, dans les faits, un double dispositif de contractualisation renforcée : le premier dans le cadre du déploiement de la stratégie nationale de protection et de prévention de l'enfance[64] et le second dans le cadre d'un partenariat rénové avec l'assurance maladie[65] pour répondre aux orientations stratégiques fixées par la convention d'objectifs de gestion.

De manière générale, l'ensemble des acteurs regrettent la complexité induite par un fonctionnement encore trop en silos. En l'espace de moins d'une année, les services de PMI ont été invités à répondre à au moins trois cahiers des charges différents[66], sans compter les démarches engagées par le réseau des Cpam. Ce fonctionnement cloisonné qui est chronophage et nécessiterait une coordination renforcée, porte le risque d'un saupoudrage de crédits.

La succession de plusieurs plans en faveur de la santé des enfants, du soutien à la parentalité, de la prévention et de la lutte contre la pauvreté, ou la feuille de route « les 1000 premiers jours » même s'ils font de la PMI un acteur essentiel, ne résolvent pas l'absence d'une vision stratégique commune en faveur des PMI.

B - Une animation territoriale tout aussi complexe

1 - Le fonctionnement inégal des commissions de coordination des politiques publiques de santé

En miroir du comité interministériel en santé au plan national, et en complément de la commission régionale de santé et de l'autonomie, la commission de coordination des politiques

[62] Une ambiguïté subsiste sur la participation des directeurs compétents des services départementaux.

[63] Principalement : la DGS pour les questions de santé, la DGCS pour les questions sociales, la DGCL pour les sujets ressources humaines.

[64] Un financement FIR est accordé sur 3 ans pour les départements engagés dans la contractualisation autour des 5 objectifs fondamentaux : en 2020 un financement de 15 millions d'euros (30 départements), inscrit « en base » pour les deux années suivantes ; en 2021 un financement complémentaire prévu de près de 18 millions d'euros pour 40 nouveaux départements.

[65] Lettre réseau LR-DDGOS-54/2020 : actes et prestations concernées par l'extension du périmètre de remboursement : pour le suivi prénatal (bilan de prévention réalisé par une sage-femme de PMI à partir de la déclaration de grossesse, les visites à domicile en cas de besoin médical, réalisé par une sage-femme), pour le suivi postnatal : (forfait de surveillance à domicile pour la mère et l'enfant réalisé entre J1 et J12 par une sage-femme de PMI, les visites à domicile en cas de besoin médical, réalisé par une sage-femme), les dépistages de déficiences prévues à la NGAP/CCAM.

[66] Dans le cadre de la stratégie de prévention et de protection de l'enfance, dans le cadre de la stratégie de lutte contre les inégalités et dans le cadre de la feuille de route des « 1000 premiers jours ».

publiques de santé (CCPP)[67] dans le domaine de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile réunit les nombreux acteurs[68] contribuant aux PRS afin d'assurer la cohérence et la complémentarité de leurs actions.

Le bilan de leur fonctionnement est très inégal, notamment en matière de mobilisation des représentants des conseils départementaux. Lorsqu'elles fonctionnent, ces commissions se heurtent à la difficile conciliation des débats politiques et des échanges techniques. Si dans les Hauts-de-France la CCPP constitue un lieu d'échanges et de pilotage, ce n'est pas le cas en Occitanie, où l'ARS peine à réunir au sein d'une même instance les 13 conseils départementaux. Ceci nuit à la construction et à l'animation partenariale des PRS et en affaiblit la portée, y compris en matière de pilotage des projets concernant la santé des enfants. Les échanges bilatéraux entre l'ARS et les principaux acteurs continuent à être privilégiés, confortant souvent un fonctionnement en silos.

Faute d'une instance de gouvernance stratégique légitime et efficace, les ARS s'appuient sur des groupes de travail ou comités de pilotage *ad hoc*. Dans les Hauts-de-France, la commission régionale de la petite enfance a été étendue pour piloter la mise en œuvre du projet santé des enfants. En Ile-de-France, la structure de pilotage des projets enfants n'a pas encore été formalisée. En Occitanie, l'ARS s'appuie sur la dynamique d'innovation que portent les acteurs, comme avec le comité de pilotage du projet de repérage précoce des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage.

Afin de renforcer la gouvernance stratégique de réduction des inégalités de santé à l'échelle régionale, une circulaire de janvier 202169 laisse aux ARS la possibilité de renforcer les commissions spécialisées au sein des commissions de coordination ou des CRSA ou de créer une nouvelle instance stratégique ad hoc de réduction des inégalités.

Enfin, si l'échelon régional est affirmé comme le niveau pertinent de planification et de régulation du système de santé, l'asymétrie entre le niveau régional et le niveau départemental affaiblit la construction partenariale. L'échelon de déploiement des actions de l'assurance maladie reste le département, ce qui se heurte à l'organisation des ARS, et rejoint plus ou moins le partage des responsabilités entre le niveau départemental et le niveau régional au sein des académies. Plus globalement, la crise liée à l'épidémie de covid 19 a révélé le besoin de renforcer le rôle des délégations départementales dans l'animation territoriale, notamment vis-à-vis des conseils départementaux.

Dans la continuité de la loi du 24 juillet 2019[70] et des orientations issues du processus de concertation avec les acteurs de la santé, formalisées dans le cadre des accords du Ségur de la santé, une réflexion sur la gouvernance au niveau régional et infrarégional est en cours. Le renforcement du rôle des délégations départementales et de la stratégie d'animation territoriale en direction des conseils départementaux sur le volet de santé des enfants peut s'effectuer également au sein des conseils territoriaux de santé, dans lesquels siègent des élus départementaux et des représentants des services départementaux de protection maternelle et infantile.

[67] Décret n° 2010-346 du 31 mars 2010 relatif aux commissions de coordination des politiques publiques de santé.
[68] Préfet de région, représentants des collectivités territoriales, des organismes de sécurité sociale, des directions régionales des services de l'État, ou d'associations des usagers, et personnalités qualifiées.
[69] Instruction SGMAS/pôle santé-ARS/DIPLP/2021/2 du 4 janvier 2021 relative à la mise en œuvre d'une gouvernance stratégique de réduction des inégalités de santé à l'échelle régionale.
[70] Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

2 - Des relations à renforcer avec les rectorats

Dans son rapport[71] d'avril 2020, la Cour a salué la relance de l'action interministérielle entre le ministère de l'éducation nationale et le ministère de la santé, à travers la signature d'une convention cadre de partenariat le 29 novembre 2016 qui fait l'objet d'une déclinaison en région. La Cour a relevé également l'absence de coordination à l'échelle académique[72] pourtant nécessaire à la mise en œuvre du parcours éducatif de santé, priorité de la SNS. Le dialogue stratégique et de gestion en 2019 conduit par la direction générale de l'enseignement scolaire confirme une hétérogénéité des dynamiques selon les régions.

L'ensemble des acteurs ont insisté sur le renforcement du travail en réseau à la faveur de la gestion de la crise sanitaire, élément qui devrait faciliter la préparation et la mise en œuvre d'un nouveau cycle de conventions.

Les conventions passées entre les ARS et les rectorats nécessitent d'être révisées pour renforcer la vision commune des territoires et modalités d'action, la précision des responsabilités entre le niveau départemental et le niveau régional devant permettre de gagner en efficacité tout en respectant la singularité de l'organisation de l'éducation nationale autour des académies.

3 - Une place importante des associations, à mieux définir afin de les conforter

En matière de santé des enfants et de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, la préparation, le déploiement des PRS et leur suivi mobilisent, parfois de longue date, de nombreuses associations spécialisées. Il convient de distinguer les associations à qui sont confiées des missions quasi-institutionnelles, notamment de veille épidémiologique et de suivi statistique comme les observatoires régionaux de santé (ORS), et les associations portant des actions de promotion, de prévention de la santé, et de dépistage.

Par exemple, de nombreuses associations interviennent en milieu scolaire pour proposer des actions collectives de promotion et de prévention de la santé, parfois dans le cadre des conventions régionales de partenariat entre l'ARS et le rectorat, mais pas nécessairement. Comme le relevait la Cour dans son rapport d'avril 2020, les chefs d'établissement peuvent solliciter des associations sans informer ni le rectorat ni l'ARS, y compris en demandant des financements auprès d'autres acteurs publics comme les conseils départementaux ou la Mildeca. Interrogées à cette occasion, les ARS ont déclaré allouer, à partir du FIR, environ 17 M€ tous les ans pour des actions d'éducation à la santé ou de développement des compétences psychosociales, au sein des établissements. L'ARS de La Réunion finance ainsi à hauteur de 103 600 € par an (sur 3 ans aux termes du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé en 2017), l'institut régional d'éducation nutritionnelle (Iren) qui est intervenu, en 2019, avant la crise sanitaire, dans 22 écoles maternelles et 29 écoles élémentaires de 6 communes de La Réunion, à travers des actions d'éducation nutritionnelle (hors prévention de l'obésité) auprès des enfants, des ateliers de sensibilisation et d'information pour les parents,

[71] Cour des comptes, *Les médecins et les personnels de santé scolaire*, avril 2020.

[72] Circulaire n° 2014 du 20 mai 2014 relatives aux modalités de la gouvernance de la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves. L'objectif est de donner cohérence et lisibilité à la politique éducative, sur la base des diagnostics de territoires et grâce à une construction des partenariats nécessaires dans une démarche globale et fédératrice.

et des actions d'accompagnement de l'équipe éducative afin qu'ils mettent en place des actions et des actions auprès des professionnels de la restauration scolaire de l'école. L'intervention de l'Iren se fait principalement dans les quartiers prioritaires. Les facteurs de réussite de ce type d'intervention sont une approche parents-enfants-équipe éducative-professionnels de la restauration.

Les conditions d'intervention en milieu scolaire des associations

Sans être juridiquement obligatoire, un agrément national ou académique peut être sollicité par une association qui souhaite intervenir en milieu scolaire. C'est une façon, selon le *vademecum* du ministère de l'éducation nationale, d'entretenir des relations constructives et approfondies avec les responsables de l'éducation nationale à ses différents échelons, et notamment avec les directeurs d'école. C'est un gage de qualité en matière d'actions éducatives, qui peut servir de repère aux équipes éducatives.

Comme toute intervention d'une association est soumise à l'autorisation du directeur d'école et de l'inspecteur d'académie, cet agrément revêt une certaine importance. La question qui peut alors se poser est celle de l'articulation entre la sélection des associations par l'ARS ou les CPAM, incarnée par des financements sur les crédits du FIR ou du FNPEIS par exemple, et cet agrément. Il y a potentiellement un risque que des associations pourtant reconnues pour leur action en matière de prévention et de promotion de la santé, non agréées, ne puissent intervenir dans les établissements scolaires. Une procédure commune d'agrément entre l'éducation nationale et les ARS, aboutissant pour chaque région à une liste partagée d'associations agréées dans lesquelles les chefs d'établissement pourraient identifier leurs intervenants, permettrait une mise en cohérence des interventions réalisées par les acteurs associatifs en milieu scolaire.

Si le statut d'association facilite le développement d'initiatives locales et des innovations, il se caractérise également par une fragilité en termes de compétences, notamment pour évaluer l'efficacité des dispositifs déployés et leur transférabilité. L'évaluation des dispositifs engagés et de leur caractère probant demeure une problématique non résolue. L'appui de Santé publique France sur ce volet est à ce jour limité ; le catalogue mis à disposition ne fournit pas encore d'évaluation médico-économique. Le positionnement, les missions, les statuts des instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps), des structures régionales d'appui et d'expertise doivent être réinterrogées sous cet angle.

Par ailleurs, le financement des associations est aussi révélateur des difficultés de pilotage et du fonctionnement en silos des pouvoirs publics sur la santé des enfants. Les associations peuvent solliciter des financements auprès des ARS, des CPAM au titre par exemple du fonds national de prévention, d'éducation et d'information en santé (FNPEIS), ou de leurs fonds d'action sociale, ou encore des collectivités territoriales, sans que les priorités ne soient clairement établies et partagées. Au mieux les financements publics sont redondants, au pire, ils révèlent des différences d'approche du rôle des associations et de leur performance.

Dans les Hauts-de-France : l'exemple du dépistage des troubles visuels, auditifs et du langage confié à deux associations, selon des modalités différentes

L'association de prévention et d'éducation en santé locale, APESAL, a été créée en 1985 à l'initiative de la Cpam du Nord et de la mutualité française, pour accompagner le déploiement d'un programme de promotion et de prévention en santé bucco-dentaire dans les écoles avant la mise en place du programme « M'T Dents ». Son champ d'intervention a ensuite été étendu au dépistage précoce des troubles pouvant entraver le bon déroulement de la scolarité de l'enfant. L'ARS finance l'association depuis 1986 pour la réalisation d'actions de dépistage en amont des bilans de santé en école maternelle (BSEM) réalisés par les services départementaux des PMI ; elle a demandé plus récemment à l'association de veiller à l'effectivité de l'accès aux soins, une fois les dépistages réalisés.

Dans le cadre du déploiement de la stratégie de la prévention et de la protection de l'enfance 2020-2022, l'ARS a souhaité confier aux conseils départementaux le pilotage de ces actions de dépistage précoce, pour, en particulier, s'assurer de leur juste articulation avec le contenu des bilans réalisés en école maternelle. L'ARS arrêtant progressivement les financements, l'association s'est tournée vers d'autres financeurs, dont la Cpam du Nord, le conseil départemental souhaitant tout d'abord établir un état des lieux afin de définir les orientations prioritaires.

L'association de prévention et de réduction des insuffisances sensorielles, devenues en santé, APRIS, a été créée sous l'égide de la mutualité française du Pas-de-Calais. Dès l'origine, dans le cadre d'un partenariat fort avec la PMI, l'association a suivi l'effectivité de l'accès aux soins au-delà des dépistages. La contractualisation État/ARS/Conseil départemental ne déstabilise pas l'organisation déjà mise en place, l'association ayant développé un fort partenariat avec les services de la PMI dès l'origine.

A l'instar du rôle confié aux conférences de financeurs pour impulser et accompagner les projets de prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées, le besoin d'une plus grande transparence sur les financements des projets en matière de promotion, prévention en santé chez l'enfant exige une concertation structurée afin d'optimiser le recours aux ressources mobilisées au titre du FIR côté ARS, ou au titre du FNPEIS côté assurance maladie, a minima.

4 - Une implication croissante des communes dans la santé des enfants

La santé des enfants âgés de 0 à 11 ans est au cœur du périmètre d'intervention des communes, responsables en particulier des crèches, des écoles maternelles et élémentaires. L'adoption d'un contrat local de santé leur confère un rôle de catalyseur de l'action publique : au vu d'un diagnostic de territoire, les projets soutiennent des initiatives locales qui peuvent bénéficier d'un financement dans le cadre des orientations du PRS. *A minima* signés par l'ARS, les communes ou communautés d'agglomérations, et le préfet de département, les contrats locaux de santé peuvent associer la Cpam, une structure de soins, l'éducation nationale, et le conseil départemental.

La crise sanitaire a valorisé le pouvoir d'action des maires. Certaines communes par ailleurs interpellées par leurs habitants sur les difficultés d'accès aux soins apportent leur soutien à des structures d'exercice collectif, voire gèrent des centres municipaux de santé. Certaines d'entre elles sont délégataires de la compétence de santé scolaire ou de la PMI, réussissant ainsi à créer une synergie entre les actions des équipes.

La délégation de la médecine scolaire aux villes

Onze villes[73] ont fait le choix de prendre en charge la mission de santé scolaire dans le cadre d'une convention de délégation négociée par chaque académie en tenant compte des spécificités locales.

Selon le rapport d'avril 2020 de la Cour, *« si les villes délégataires sont plus efficaces que l'Éducation nationale [pour la réalisation des visites individuelles obligatoires], elles ont des moyens humains plus importants* », notamment parce que leurs médecins n'exercent qu'auprès des élèves du premier degré. Leurs actions s'étendent aussi à la prévention et à la promotion de la santé, souvent dans le cadre des contrats locaux de santé.

La ville de Paris gère en particulier la compétence de médecine scolaire depuis 2006. Le service est placé sous la responsabilité de la direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé. La grande proximité de travail avec les équipes de la PMI constitue une très forte valeur ajoutée. Il permet une meilleure articulation et synergie des compétences par comparaison aux organisations de travail très fractionnées soumises à des logiques catégorielles entre médecins et infirmiers au sein de l'éducation nationale.

Cette volonté croissante des villes de s'investir sur les questions de santé est portée par le réseau français des villes santé de l'OMS, qui réunit 92 villes et intercommunalités représentant 13 millions d'habitants. Il prône en particulier une action décloisonnée dans les domaines de la petite enfance et de l'enfance sur les sujets de qualité du logement, de protection de l'environnement, de dispositifs périscolaires, d'alimentation et d'activité physique, d'infrastructures d'accueil, ou de politique de transports et de déplacements. Le réseau organise les échanges et retours d'expérience entre les villes adhérentes et constitue ainsi un vivier d'initiatives. À titre d'exemple, le contrat local de santé de Bordeaux comporte une thématique relative à la santé de l'enfant et au soutien à la parentalité structurée autour de cinq axes : accès aux soins des enfants dépistés lors des bilans de santé scolaire, prévention bucco-dentaire, accès aux structures d'accompagnement en périnatalité, sensibilisation des parents aux déterminants de la santé, suivi du carnet vaccinal. Lille a déployé au sein des écoles, un projet éducatif global, mobilisant les différents partenaires sport-culture-santé. Ce projet englobe une politique de la réussite, s'appuyant elle-même sur la politique de la ville et portant des objectifs plus ciblés avec les partenaires associatifs. Ces différents niveaux d'intervention permettent de mutualiser les compétences et de mobiliser tous les niveaux de responsabilités.

III - Des leviers d'action aux résultats perfectibles

Malgré la mise en œuvre de dispositifs spécifiques aux enfants ou définis pour l'ensemble de la population, mais trouvant aussi à s'appliquer aux enfants, les parcours de santé des enfants restent caractérisés par des différences de recours aux professionnels et aux structures de santé en fonction du gradient social des familles et de leur lieu de résidence. Ceci renvoie aussi à des questions de répartition territoriale de l'offre de soins primaires, et des réseaux spécialisés de la protection maternelle et infantile et de l'éducation nationale.

[73] Antibes, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Lyon, Nantes, Rennes, Grenoble, Paris, Strasbourg, Vénissieux et Villeurbanne.

A - Des dispositifs s'adressant à tous les enfants

Au-delà des dépistages systématiquement proposés à la naissance couvrant sept maladies dont la surdité permanente néonatale, des examens obligatoires réguliers sont prévus par le code de la santé publique aux différents âges clés du développement des enfants. Ils n'ont cependant d'obligatoire que le nom.

1 - Les examens obligatoires

a) Des examens de santé à visée universelle, peu réalisés dans les faits

Tous les enfants bénéficient de 20 examens médicaux obligatoires institués dès 1962[74] et prévus par les articles L. 2132-2 et R. 2132-1 du CSP. Ces examens ont pour objet la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychoaffectif et neuro-développemental de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies, de déficiences ou de troubles sensoriels, la pratique et la vérification des vaccinations. Ils permettent aussi depuis 2019[75] de promouvoir des comportements et environnements favorables à la santé, et depuis 2021[76] de dépister d'éventuelles contre-indications à la pratique sportive. Le contenu détaillé de ces examens figure dans le carnet de santé dans lequel les résultats doivent être reportés.

Tout d'abord, le calendrier de ces examens obligatoires qui s'étalaient de la naissance à la fin de la 6ème année a peu évolué jusqu'au 1er mars 2019[77], et reste mal articulé avec les examens pratiqués en milieu scolaire. L'article 56 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2019 a rééchelonné ces 20 examens obligatoires jusqu'à 16 ans, en rendant le suivi annuel après 2 ans et en instaurant des examens à 8-9 ans, 11-13 ans et 15-16 ans. Le surcoût transitoire estimé par la DSS est relativement modeste pour l'assurance maladie à hauteur de 1 M€ pour 2019 et de 6,5 M€ en cumulé jusqu'à 2028.

L'articulation avec les bilans prévus en milieu scolaire n'est pas claire en raison des professionnels qui les réalisent. En effet, le CSP prévoit que ces 20 examens sont réalisés par des médecins alors que le bilan de santé de 3-4 ans est principalement fait par des infirmiers puériculteurs et celui de la 12ème année exclusivement par les infirmiers scolaires. Cette visite de dépistage ne se substitue pas à l'examen obligatoire de santé prévu entre 11 et 13 ans, mais vient s'y ajouter sans aucune coordination ni recherche de complémentarité.

Ensuite, les modalités de tarification et de cotation des examens obligatoires sont complexes et peu traçantes ce qui rend impossible un suivi fin de la réalisation de ces examens. Jusqu'à la réforme de 2019 ces examens relevaient d'une consultation prise en charge à 100 %

[74] Article 9 du décret du 19 juillet 1962 relatif à la protection maternelle et infantile.
[75] Décret n° 2019-137 du 26 février 2019 relatif aux examens médicaux obligatoires de l'enfant et au contrôle de la vaccination obligatoire.
[76] Décret n° 2021-613 du 18 mai 2021 relatif aux examens médicaux obligatoires de l'enfant.
[77] Calendrier fixé initialement par un arrêté du 22 février 1965 relatif à la fréquence minimum des examens médicaux préventifs auxquels doivent être soumis les enfants du premier et du second âge, et modifié par un arrêté du 26 mars 1973 pour introduire notamment les trois certificats de santé obligatoires.

sur le risque maternité ; elles relèvent désormais jusqu'au 12ème jour de l'enfant du risque maternité[78] et ensuite du risque maladie avec une nomenclature applicable très complexe. En fonction de l'âge de l'enfant et de l'examen, il y a cinq cotations pour les médecins généralistes et cinq pour les pédiatres, entraînant des tarifications différentes.

Schéma n° 2 : modalités de facturation des examens de santé obligatoires de l'enfant

<table>
<tr><th>Examen</th><th>Âge de l'enfant</th><th>Cotation MG</th><th>Cotation pédiatre</th><th>Cotation pédiatre traitant</th><th>Nature d'assurance</th></tr>
<tr><td>1</td><td>0 à 8 jours</td><td colspan="3">COE (46€)</td><td rowspan="2">Maternité</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2</td><td>8 jours à 12 jours</td><td>G+MEG (30€)</td><td colspan="2">CS+MEP+NFP (32€)</td></tr>
<tr><td>13 jours ou 14 jours</td><td rowspan="8">COD (30€)</td><td colspan="2" rowspan="8">COH (32€)</td><td rowspan="20">Maladie</td></tr>
<tr><td>3</td><td>de 2 semaines à 1 mois</td></tr>
<tr><td>4</td><td>1 mois</td></tr>
<tr><td>5</td><td>2 mois</td></tr>
<tr><td>6</td><td>3 mois</td></tr>
<tr><td>7</td><td>4 mois</td></tr>
<tr><td>8</td><td>5 mois</td></tr>
<tr><td>9</td><td>8 mois</td><td colspan="3">COE (46€) facturation à l'âge de 8 ou 9 mois</td></tr>
<tr><td>10</td><td>11 mois</td><td rowspan="3">COD (30€)</td><td colspan="2" rowspan="3">COH (32 €)</td></tr>
<tr><td>11</td><td>12 mois</td></tr>
<tr><td>12</td><td>16, 17 ou 18 mois</td></tr>
<tr><td>13</td><td>23 ou 24 mois</td><td colspan="3">COE (46€)</td></tr>
<tr><td>14</td><td>2 ans</td><td rowspan="4">COD (30€)</td><td colspan="2" rowspan="4">COH (32€)</td></tr>
<tr><td>15</td><td>3 ans</td></tr>
<tr><td>16</td><td>4 ans</td></tr>
<tr><td>17</td><td>5 ans</td></tr>
<tr><td>18</td><td>8-9 ans</td><td rowspan="3">COB (25€)</td><td rowspan="3">COD (30€)</td><td rowspan="3">COG (28€)</td></tr>
<tr><td>19</td><td>11-13 ans</td></tr>
<tr><td>20</td><td>15-16 ans</td></tr>
</table>

Source : Cnam.
Note : Applicable aux secteur 1, secteur 1dp et 2 Optam (avec ou sans dépassement), secteur 2 non Optam (sans dépassement d'honoraires).

En particulier, les trois examens associés à des certificats de santé, cotés COE, sont facturés comme des consultations complexes (46 €), réalisés à tarif opposable et sans avance de frais, et remboursés à 100 %. Le tiers payant intégral, simple pour les praticiens et les parents, permet en théorie de lever toute barrière financière pour la réalisation de ces examens. Pourtant, en 2019, seuls 60 000 examens en moyenne par mois ont été côtés en COE pour les examens du 9ème et du 24ème mois, contre 125 000 attendus au regard des effectifs d'enfants de ces tranches d'âge.

[78] Le deuxième examen obligatoire est pratiqué dans la 2ème semaine de l'enfant ; il est donc pris en charge par le risque maternité jusqu'au 12ème jour de l'enfant, ou par le risque maladie s'il est réalisé à partir du 13ème jour.

Les 17 autres examens sont associés à des cotations qui ont été créées en 2019. Facturés comme des consultations simples[79], ils sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie sur la base du tarif de responsabilité et théoriquement sans avance de frais, mais les dépassements d'honoraires sont autorisés, ce qui rend très complexe l'application du tiers payant. Depuis le 1er septembre 2019, moins de 10 % de ces 17 examens par rapport à l'objectif théorique ont été spécifiquement cotés. Eu égard à la complexité de la cotation et à sa mise en œuvre récente, il est très probable que ces examens, lorsqu'ils sont réalisés, soient cotés par les médecins en consultations simples, avec les éventuelles majorations.

Il est donc très délicat de suivre la réalisation effective de ces 20 examens obligatoires à partir du Sniiram, en attendant que les praticiens s'approprient cette nouvelle nomenclature. En tout état de cause, la portée réelle de ces 20 examens à vocation universelle peut être questionnée au regard de la faiblesse, même estimée, de ces taux de réalisation. Comme le soulignait le HCSP dans son avis de 2016[80], la dimension obligatoire de ces examens ne s'impose ni aux médecins ni aux parents. Il s'agit davantage d'un calendrier des examens à réaliser aux âges clés du développement de l'enfant, qui nécessite un accompagnement et une information accrus des praticiens et des parents pour augmenter leur réalisation, au-delà de leur mention dans le carnet de santé, comme l'assurance maladie s'y est engagée depuis 2019 en adressant des messages individualisés. Le principe du tiers payant, leur calendrier précis, leur objectif, et leur lien avec les examens réalisés en milieu scolaire et les vaccinations obligatoires sont autant de paramètres partiellement maîtrisés par les familles.

b) Les examens bucco-dentaires et le programme M'T Dents

Aux termes de l'article L. 2132-2-1 du CSP, tous les enfants, jusqu'à leur 16ème anniversaire, doivent se soumettre à des examens bucco-dentaires de prévention réalisés par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie. L'ensemble de ces examens est regroupé au sein du programme M'T Dents, initié en 2007 par l'assurance maladie, qui ciblait les 6-18 ans jusqu'en 2018, avant d'être étendu aux 3-24 ans. Entre 3 et 16 ans, cinq examens sont prévus[81], pour lesquels l'assurance maladie envoie, à la date anniversaire de l'enfant, un courrier personnalisé accompagné d'un bon de prise en charge à remettre à son chirurgien-dentiste pour bénéficier du tiers payant total. L'assurance maladie prend intégralement en charge la consultation et les soins qui en découlent dans les conditions prévues par la nomenclature, via le FNPEIS. Le tarif de l'examen (30 €, sans radiographie) est supérieur à une consultation classique et donc incitatif pour les praticiens.

Comme la Cour l'avait déjà souligné[82], l'état de santé bucco-dentaire des enfants s'est significativement amélioré sous l'effet notamment de la politique de prévention, portée par le

[79] Soit de 25 € à 32 € en fonction notamment de la spécialité et du secteur du médecin et de l'âge de l'enfant.

[80] « Le terme jusque-là utilisé d'« *examen obligatoire* » devrait être remplacé par « *examen systématiquement proposé* » (donc financièrement pris en charge) dans la mesure où aucune disposition réglementaire ne rend contraignante cette obligation. Il s'agit d'examens périodiquement réalisés qu'il faut distinguer des examens à la demande qui correspondent au parcours de santé individualisé. »

[81] L'année qui suit les 3, 6, 9, 12 et 15 ans des enfants.

[82] Cour des comptes, « *Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder* », Ralfss 2016, chapitre VI.

programme M'T Dents même s'il est difficile d'en apprécier finement les effets et le taux de réalisation.

Jusqu'en 2019, l'assurance maladie suivait le taux d'examens bucco-dentaires M'T Dents réalisés en ne comptant que les examens réalisés sur présentation du bon (EBD). Mais cet indicateur présente des biais puisque, par exemple, les familles bénéficiaires de la CSS, dispensées de l'avance des frais lors d'une consultation chez le chirurgien-dentiste, n'ont pas à présenter le bon M'T Dents pour bénéficier du tiers payant. Ce taux est stable depuis 2016, avec un enfant sur trois en moyenne qui participe au programme, tous âges confondus. En 2020, la crise sanitaire a eu un impact net sur le taux de recours à ces examens comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Tableau n° 6 : taux de réalisation des EBD M'T Dents et montants correspondants du FNPEIS

	2016	2017	2018	2019	2020
Taux de réalisation de l'EBD (tous âges)	34,3 %	32,6 %	36,0 %	32,7 %	22,1 %
FNPEIS EBD	51,5 M€	51,1 M€	61,5 M€	75,7 M€	65,1 M€

Source : Cnam.

Depuis 2019, l'assurance maladie suit le taux de recours au chirurgien-dentiste aux âges concernés par un examen M'T Dents : ce taux qui est en moyenne de 60 % en 2016 et 2019, a chuté à 46,3 % en 2020.

Ces deux taux moyens masquent cependant des disparités de recours en fonction des territoires ou des âges des enfants concernés.

Ainsi, en 2018, si le taux moyen de réalisation de l'examen bucco-dentaire tous âges confondus était de 36 %, il s'établissait à 47,6 % pour l'examen de 6 ans et à 26,8 % pour l'examen de 15 ans. Le taux de recours à un chirurgien-dentiste augmente en fonction des âges : en 2019, plus d'un enfant sur deux (56 %) a consulté un chirurgien-dentiste dans l'année suivant ses 6 ans, et environ les 2/3 à 9 ans, et à 12 ans. En 2020, première année de suivi possible pour les examens bucco-dentaires à 3 ans, seul un enfant sur cinq âgé de 3 ans a consulté un chirurgien-dentiste ce qui s'explique par le contexte de crise sanitaire[83], le caractère récent de ce dispositif, encore peu identifié par les familles, et les difficultés de prise en charge d'enfants de 3 ans par les chirurgiens-dentistes (disponibilités, et adaptations nécessaires des examens et de la relation aux patients pour faire preuve de davantage de pédagogie).

Par ailleurs, les taux de recours dans les territoires ultramarins sont systématiquement inférieurs à ceux observés dans les départements métropolitains, parfois avec des écarts significatifs, comme l'illustre le tableau suivant.

[83] Les taux de recours à tous les âges concernés ont diminué de 5 à 10 points en 2020.

Tableau n° 7 : taux de recours aux chirurgiens-dentistes dans les DROM (2020)

	3 ans	6 ans	9 ans	12 ans	15 ans
Total national	21,48 %	47,36 %	60,67 %	64,29 %	64,45 %
Guadeloupe	19,01 %	40,70 %	43,05 %	40,04 %	42,21 %
Martinique	21,06 %	43,83 %	47,56 %	45,18 %	44,79 %
Guyane	4,81 %	18,31 %	21,98 %	22,58 %	25,02 %
La Réunion	19,12 %	45,26 %	47,71 %	47,62 %	45,69 %
Mayotte	1,33 %	6,73 %	4,97 %	3,89 %	4,42 %

Source : Cnam.
Note : taux de recours global aux chirurgiens-dentistes pour les classes d'âge concernées par l'examen bucco-dentaire (EBD) jusqu'à 15 ans. Les âges 18 et 24 ans ne sont pas présentés.

En 2020, seuls 31,2 % des enfants habitant dans l'Oise et 33,6 % de ceux vivant dans l'Yonne avaient eu recours au chirurgien-dentiste dans l'année suivant leur 6ème anniversaire, quand ils étaient 62,1 % dans l'Orne et 61,2 % en Haute-Garonne.

Des initiatives complémentaires d'accompagnement, souvent portées par les caisses primaires d'assurance maladie et leurs partenaires, ont été adossées localement au programme M'T Dents afin de renforcer la portée du dispositif auprès des familles les plus éloignées du système de santé.

Dans certains départements, des dépistages ou des séances de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire sont réalisées dans les écoles, en particulier celles en zones REP et REP+, souvent en lien avec l'éducation nationale. En Haute-Garonne par exemple, des séances de sensibilisation ont été organisées dans 22 classes de CP de zones défavorisées à Toulouse et Colomiers, soit auprès de 308 enfants. Le taux de recours à un chirurgien-dentiste a atteint 73 % après cette action, et 51 des 308 enfants ont pu bénéficier d'un dépistage en classe.

Par ailleurs, certaines Cpam comme celle de Seine-Saint-Denis ont mis en œuvre récemment des relances ciblées avec des campagnes téléphoniques faisant augmenter le taux de recours au chirurgien-dentiste chez les enfants de 3 ans concernés de 15,7 % à 24,2 %.

2 - Le cas particulier des examens obligatoires réalisés en milieu scolaire

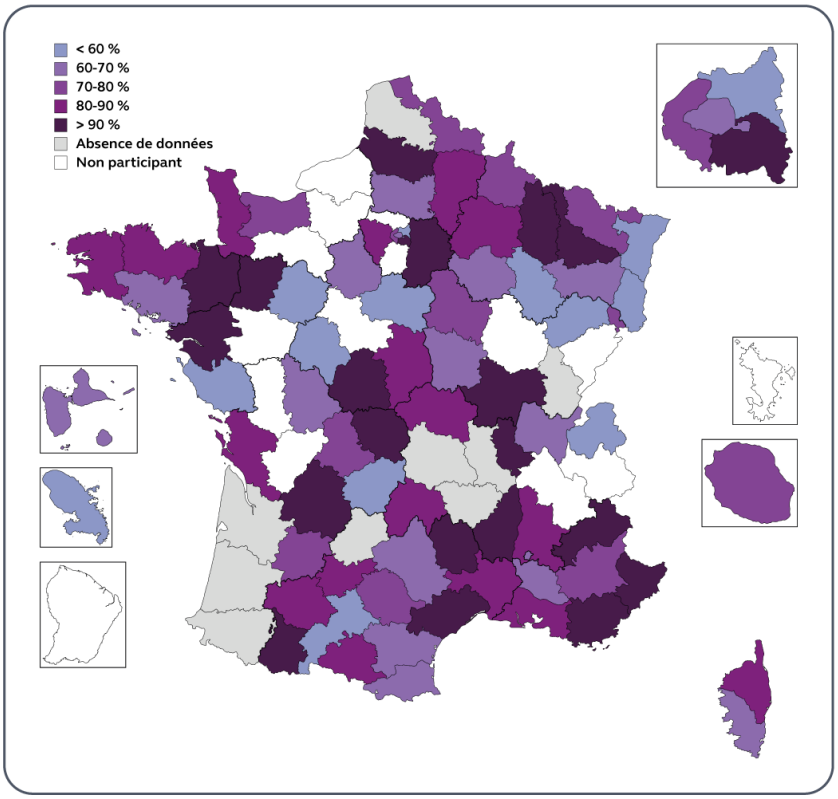
a) Le bilan de santé en école maternelle

Seul le bilan de santé en école maternelle auprès des enfants de 3-4 ans, prévu à l'article L. 2112-2 du CSP, continue à être réalisé très largement. Ce bilan permet de surveiller le développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant, de dépister certaines anomalies ou déficiences et de pratiquer des vaccinations. Depuis la loi du 26 juillet 2019 pour une école

de la confiance[84] qui a abaissé l'âge de la scolarité obligatoire à 3 ans, précisée par arrêté du 20 août 2021[85], cette visite est organisée à l'école maternelle et effectuée par la PMI, ou à défaut par les professionnels de santé de l'éducation nationale.

En l'absence de remontées d'informations collectées de façon homogène sur l'ensemble du territoire français, la DGS a confié à la fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors) une étude relative à la réalisation des bilans de santé de 3-4 ans[86]. En 2017-2018, près de 76 % des enfants concernés ont bénéficié d'un bilan de santé, cette proportion allant de 13,5 % à 100 % en fonction des départements comme l'illustre la carte ci-dessous.

Carte n° 5 : taux d'enfants de 3-4 ans vus* lors d'un bilan de santé en école maternelle en 2017



Source : Fnors
** Nombre d'enfants vus (source : enquête nationale 2018- bilans de santé des enfants de 3-4 ans, Fnors) rapportés au nombre d'enfants de 4 ans scolarisés (source : constat de rentrée 2017, DEPP).*

[84] Loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance.
[85] Arrêté du 20 août 2021 modifiant l'arrêté du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistages obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation.
[86] Fnors, *Bilans de santé des enfants âgés de 3-4 ans en France en 2017 : les pratiques des services départementaux de PMI et des services municipaux de santé scolaire*, octobre 2019. Une enquête par questionnaire a été réalisée auprès des 101 services départementaux de PMI et des 11 services municipaux délégataires de la compétence santé, du 26 novembre 2018 au 1er février 2019. Il y a eu 91 répondants, soit un taux de participation de 85 % et une proportion d'enfants potentiellement concernés par ce bilan en 2017 de 84 %.

Les modalités de réalisation, les professionnels impliqués et le contenu de ces bilans diffèrent cependant selon les départements. Généralement réalisés par des infirmiers de puériculture, ces examens comportent le plus souvent un dépistage des troubles sensoriels (visuels avec 94 % des enfants vus, auditifs avec 87 % des enfants vus, et du langage avec 80 % des enfants vus), une vérification du statut vaccinal à partir du carnet de santé (dans 8 bilans sur 10) et du développement staturo-pondéral (80 % des enfants vus). Les examens cliniques par un médecin (24 % des enfants) et de santé bucco-dentaire (62 % des enfants) sont moins fréquents. Selon 64 % des services, cette organisation est principalement liée à un manque de moyens humains.

b) Les visites médicales au cours de la sixième année

Depuis la loi du 8 juillet 2013 de refondation de l'école de la République, précisée par un arrêté du 3 novembre 2015[87], modifié par l'arrêté du 20 août 2021, la visite obligatoire pour tous les élèves au cours de leur sixième année est réalisée par le médecin scolaire, sans mention d'une éventuelle collaboration avec l'infirmier scolaire. Elle est réalisée en grande section de maternelle ou en CP afin de repérer le plus précocement possible ce qui pourrait entraîner des difficultés d'apprentissage, et de dépister depuis la loi de 2019 les troubles spécifiques du langage et des apprentissages.

Comme la Cour l'a relevé en 2020[88], ces visites médicales ont concerné moins d'un enfant sur cinq en 2018[89], leur taux de réalisation ayant chuté à environ 8 % pour les années scolaires 2019-2020 et 2020-2021[90], dans le contexte de crise sanitaire et de sollicitation accrue des médecins scolaires. Ce taux moyen de réalisation masque de très fortes disparités territoriales allant d'aucun élève vu dans l'Indre à plus de 8 enfants sur 10 dans les Alpes-de-Haute-Provence (83,6 %) comme l'illustre la carte n°6 ci-après.

Corrélativement, plus d'un enfant sur deux (58 %) n'a été vu par aucun professionnel de santé de l'éducation nationale dans sa sixième année en 2018-2019 alors qu'ils n'étaient que 26 % en 2013-2014. Cette tendance concerne la quasi-totalité des départements.

Ces différences entre départements ne sont que peu corrélées au taux d'encadrement, qui rapporte le nombre d'élèves aux ETP de médecins en incluant les vacataires, sauf aux deux extrêmes, comme l'a souligné la troisième chambre dans son rapport.

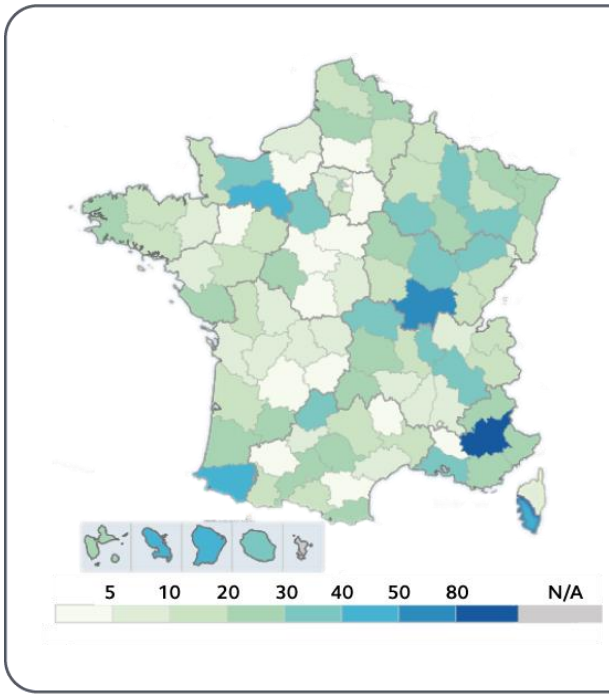
[87] Arrêté du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation, modifié par l'arrêté du 20 août 2021.
[88] Cour des comptes, *Les médecins et les personnels de santé scolaire*.
[89] Le taux de réalisation des visites médicales prend en compte l'ensemble des enfants scolarisés dans le public et dans le privé, selon la méthodologie retenue par la 3ème chambre.
[90] Ces taux de réalisation moyens ont été établis à partir des données transmises par 18 académies sur 29. N'ont pas répondu, ou n'ont pas été en mesure de fournir les données correspondantes, les académies de Versailles, Normandie (ex-Rouen et Caen), Rennes, Poitiers, Orléans-Tours, Nantes, Montpellier, Martinique, Guyane, Créteil et Nancy-Metz.

c) Les dépistages infirmiers au cours de la douzième année

Il revient aux infirmiers scolaires depuis la loi du 8 juillet 2013 et son arrêté d'application du 3 novembre 2015[91] de réaliser pour tous les élèves dans leur douzième année un dépistage obligatoire, alors qu'avant cette date ce dépistage était organisé en fonction des besoins conformément à la circulaire du 12 janvier 2001[92].

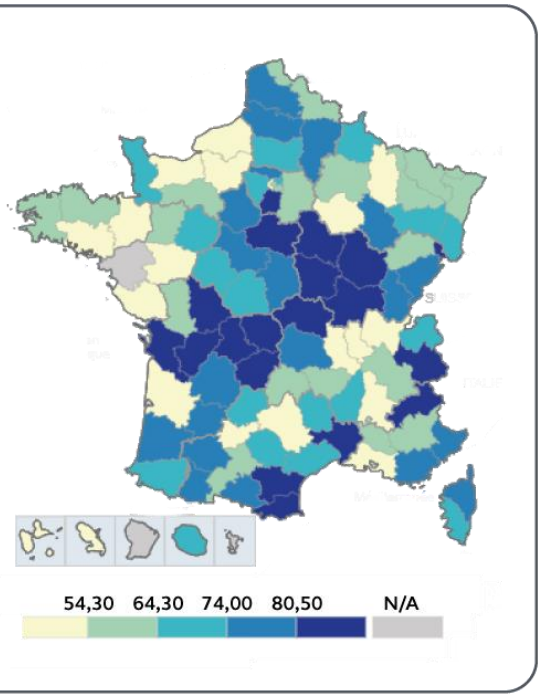
À la différence des visites médicales de la 6ème année, le taux de réalisation des dépistages infirmiers a augmenté de 6,2 points entre 2013 et 2018, comme la 3ème chambre l'a souligné, pour atteindre 62 % des élèves des secteurs public et privé, et 78 % des élèves scolarisés dans des établissements publics. Il est tombé à 44 % en 2019-2020 et 2020-2021. Ce taux moyen très satisfaisant varie cependant en fonction des départements comme l'illustre la carte n° 7 ci-après.

Carte n° 6 : taux de réalisation de la visite médicale de la 6e année de l'enfant en 2018-2019



Source : données des académies et de la DEPP, calcul 3ème chambre.

Carte n° 7 : taux de réalisation du dépistage infirmier de la 12e année de l'enfant en 2018-2019



Source : données des académies et de la DEPP, calcul 3ème chambre.

[91] Arrêté du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation.

[92] Circulaire n° 2001-014 du 12 janvier 2001 relative aux missions des infirmier(ère)s de l'éducation nationale, aux termes de laquelle « *l'infirmier(ère) organise, si besoin est, le suivi de l'état de santé des élèves en complément des visites médicales obligatoires, en vue de repérer les difficultés éventuelles de santé ou les élèves fragilisés. […] Il peut s'agir, soit des élèves signalés lors du bilan de la 6ème année, soit des élèves signalés au cours de leur scolarité comme étant en situation de fragilité* ».

3 - Une obligation vaccinale élargie aux effets timides

Alors que près de la moitié des pays de l'Union européenne[93] n'impose aucun vaccin, la France est le deuxième pays, après la Lettonie, en termes de vaccins obligatoires, qui doivent pour la plupart être réalisés dans l'enfance, comme l'illustre le tableau ci-dessous, depuis l'extension de l'obligation vaccinale en janvier 2018[94].

Tableau n° 8 : calendrier simplifié des onze vaccins obligatoires depuis le 1er janvier 2018

Calendrier des vaccins obligatoires prévus par l'article L. 3111-2 du code de la santé publique							Rappels	
Âge approprié	2 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois	6 ans	11-13 ans
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite	■	■		■			■	■
Coqueluche	■	■		■			■	■
Haemophilus influenzae b	■	■		■				
Hépatite B	■	■		■				
Pneumocoque	■	■		■				
Méningocoque C			■		■			
Rougeole-Oreillons-Rubéole					■	■		

Source : Santé publique France et DGS. Représentation compilée par la Cour des comptes

Selon le premier bilan réalisé par Santé publique France[95], l'impact de la réforme de 2018 sur l'amélioration de la couverture vaccinale est réel, mais d'importance inégale en fonction des vaccins concernés. Cette dynamique fragile a, par ailleurs, été interrompue par la crise sanitaire liée à la Covid-19, les injections pour le ROR ayant par exemple diminué de 16 % au premier semestre 2020.

[93] Les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la polio, la coqueluche, les infections à Haemophilus Influenzae de type B (Hib), la rougeole, la rubéole et les oreillons sont néanmoins recommandés pour tous. Cf. vaccine-schedule.ecdc.europa.eu.

[94] Loi n° 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018. Art. L. 3112-2 du CSP et décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire.

[95] Santé publique France, ANSM, Cnam. *Premier bilan annuel des obligations vaccinales du nourrisson*, décembre 2019.

Tableau n° 9 : effet de l'extension vaccinale

Vaccins	**Progression de la couverture vaccinale complète générations 2017/2019 (couverture 2020)**
DTP, VHB, HiB, Coqueluche	+ 6,4 % (90,5 %)
Méningocoque C	+ 9,2 % (90,2 %)
*ROR**	+ 2,4 % (84,0 %)
Pneumocoque	+ 1,7 % (91 %)

Source : Santé publique France, Bulletin de santé publique, mai 2021.
**La progression est observée à 33 mois sur le ROR entre les générations 2016 et 2018.*

La France se singularise par la diminution du taux de réalisation entre les différentes injections nécessaires pour avoir un schéma vaccinal complet. Ainsi, si les taux de couverture vaccinale sont proches de 100 % pour la première injection du DTP, VHB, HiB[96], coqueluche et du pneumocoque, ils diminuent de 8 à 10 points pour la couverture vaccinale complète. C'est aussi le cas pour le ROR. Ce phénomène pourrait être lié à l'articulation peu lisible entre le calendrier vaccinal et celui des examens obligatoires, avec des difficultés amplifiées pour les schémas vaccinaux alternatifs[97].

a) L'absence d'effet de la prise en charge à 100 % de vaccin par l'assurance maladie obligatoire

Les vaccins sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire à 65 %, le reste étant pris en charge par l'assurance maladie complémentaire. Seul le ROR est remboursé à 100 % depuis 1999 sans intervention des assurances maladies complémentaires, à hauteur de 65 % par l'AMO et de 35 % par le FNPEIS. Cette particularité n'a cependant pas contribué à améliorer le taux de couverture vaccinal, et invite à se poser la question de son maintien, même si les montants en jeu pour l'assurance maladie ne sont pas très élevés (8,58 € par enfant et par an, soit 7,1 M€ pour les moins de 18 ans en 2019).

b) Une obligation de vaccination peu contrôlée par l'éducation nationale

Aux termes de l'article L. 3111-2 du CSP, complété par le décret du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire, les parents sont tenus personnellement responsables de l'exécution de l'obligation vaccinale et doivent en fournir la preuve pour l'admission ou le maintien dans toute école, garderie ou autre collectivité d'enfants.

[96] Diphtérie, tétanos, poliomyélite ; virus de l'hépatite B ; *Haemophilus influenzae* B.
[97] Le schéma des vaccins obligatoires du nourrisson est, dans la très grande majorité des cas, associé à une combinaison comprenant 10 injections : trois communes aux DTP, coqueluche, Hib et hépatite B (VHB) dans un vaccin hexavalent, trois pour le pneumocoque, deux pour le méningocoque C et deux pour le ROR (rougeole-oreillons-rubéole). D'autres combinaisons substituent les injections du vaccin hexavalent par des vaccins pentavalents (sans VHB), voire quadravalents (sans VHB ni HiB).

Depuis l'extension de l'obligation vaccinale, le ministère de l'éducation nationale tarde à adopter une doctrine claire sur l'accueil des enfants ne respectant pas cette obligation, en laissant aux directeurs d'établissement en lien avec la médecine scolaire le soin de convaincre les parents. En effet, le décret prévoit que « *lorsqu'une ou plusieurs des vaccinations obligatoires font défaut, le mineur est provisoirement admis. Le maintien du mineur dans la collectivité d'enfants est subordonné à la réalisation des vaccinations faisant défaut qui peuvent être effectuées dans les trois mois de l'admission provisoire conformément au calendrier prévu à l'article L. 3111-1* ».

Alors qu'au moins 15 % des enfants nés en 2018 ne respectent pas cette obligation vaccinale, il conviendrait de préciser les modalités d'accueil et d'accompagnement des parents et des enfants concernés par l'éducation nationale pour la rentrée 2021. Une association des professionnels de la PMI et de la santé scolaire pour proposer, avec l'accord des parents, un rattrapage vaccinal, le cas échéant dans les écoles, pourrait être envisagée.

B - Des instruments pour lever les freins financiers d'accès aux soins

Différents instruments ont vocation à garantir l'accès aux soins des foyers aux revenus les plus faibles, en levant les freins financiers, qu'ils permettent de bénéficier d'une couverture maladie, obligatoire ou complémentaire, ou de réduire les restes à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire.

Régulièrement documenté sans être précisément chiffré, le renoncement aux soins pour raisons financières est fréquent dans les populations les plus précaires. Seul un rapport du Cetaf de 2011[98] propose une estimation du renoncement pour raisons financières pour les enfants qui serait de 9,8 % et concernerait principalement l'orthodontie[99] (4,4 %), les médicaments (3,3 %), et divers autres soins (chirurgien-dentiste, ophtalmologie, dermatologie, ergothérapie pour un total de 3,1 %).

1 - Les dispositifs facilitant l'accès à une couverture maladie

Depuis le 1er janvier 2016, la protection maladie universelle (PUMa) qui a remplacé la CMU permet de couvrir la part obligatoire des frais de santé des personnes résidant en France de façon stable et régulière en cas de maladie ou de maternité. Les enfants sont ayant droits de leurs parents jusqu'à leur majorité.

a) 20 % des enfants de moins de 12 ans, couverts par la complémentaire santé solidaire

La complémentaire santé solidaire[100] (CSS) remplace depuis le 1er novembre 2019 les anciennes CMU-C (désormais CSS non contributive) et ACS (désormais CSS contributive). En

[98] Cetaf, *Renoncements aux soins des bénéficiaires de la CMU-C : enquête dans les CES de l'Assurance maladie*, mars 2011.

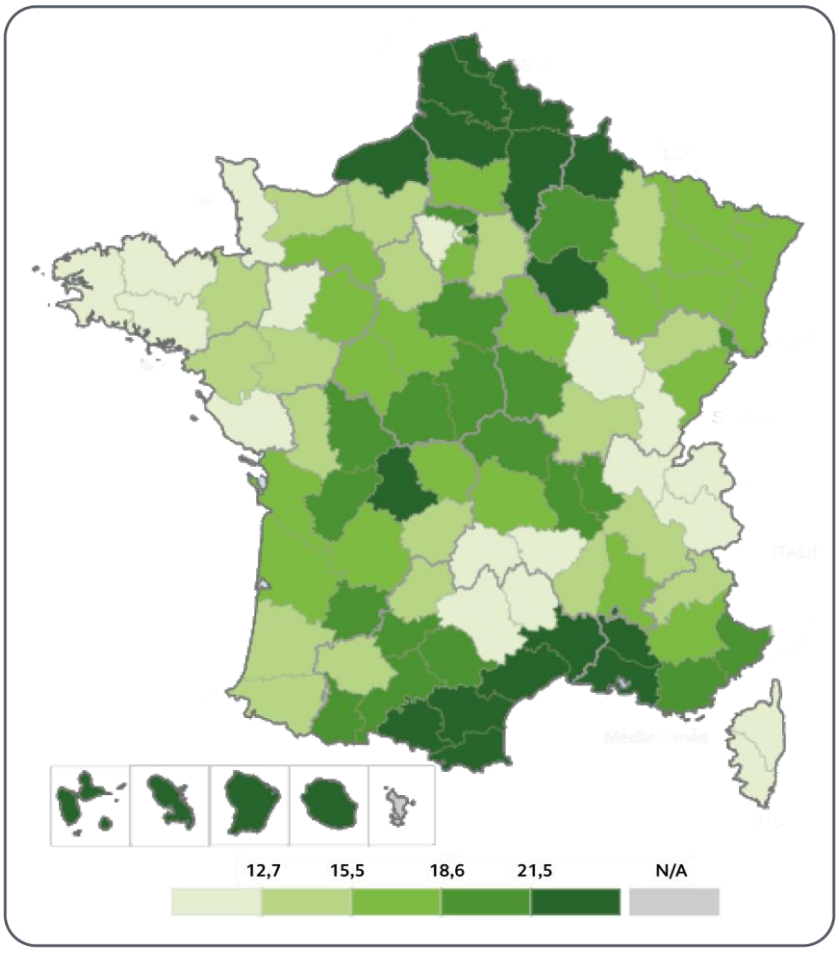
[99] Les soins d'orthodontie font cependant l'objet d'une prise en charge intégrale par le panier de soins de la complémentaire santé solidaire.

[100] Cette complémentaire est gérée par 131 organismes complémentaires habilités en grande majorité des mutuelles (85 %). Elle est financée par la taxe de solidarité additionnelle (TSA) due par les mutuelles, les institutions de prévoyance et les compagnies d'assurance intervenant dans le remboursement des frais de santé.

2020, 25 % des bénéficiaires de la CSS sont des enfants de moins de 12 ans, ce qui représente 1,8 million d'individus, nombre stable depuis 2017. Un enfant de moins de 12 ans sur cinq est couvert par ce dispositif.

Les effectifs et le taux d'enfants bénéficiant de la CSS sont très variables en fonction des territoires comme l'illustre la carte ci-dessous. Dans certains départements, seul un enfant sur dix environ bénéficie de la CSS, contre un sur trois en Seine-Saint-Denis 57 % à La Réunion.

Carte n° 8 : taux départementaux (%) d'enfants de moins de 12 ans couverts par la CSS en 2020



Source : Données de la Cnam/DSES. Les effectifs proviennent des données Insee Traitement, calculs et représentation par la Cour des comptes.

Aucun chiffre consolidé n'est disponible sur le volume de dépenses prises en charge pour les enfants de moins de 12 ans par la CSS, qui peut cependant être estimé à environ 400 M€[101]. Même si les enfants représentent des effectifs importants au sein des bénéficiaires de la CSS, les coûts supportés sont proportionnellement moindres que pour les adultes puisque le reste à

[101] Calcul par la Cour des comptes.

charge moyen post-AMO pour les enfants est plus faible. Selon la Drees[102], il était en 2017 de 179 €[103] en moyenne par an pour les moins de 6 ans puis de 209 € pour les 6 à 10 ans (contre plus de 605 € pour les 51-55ans ans et plus de 800 € après 70 ans).

Cet outil reste essentiel pour les familles en situation de fragilité financière, pour garantir un accès aux soins dentaires[104] ou à certains dispositifs médicaux. Selon des travaux anciens, la CMU-C a contribué à réduire significativement le reste à charge final (post-complémentaire) chez les enfants sans le supprimer. Il était en 2010 de 22 € en moyenne par an chez les moins de 5 ans couverts par la CMU-C et de 44 € chez les 5-9 ans[105].

b) L'AME

Les enfants en situation irrégulière sont couverts pour leurs soins médicaux et dentaires par l'aide médicale d'état (AME)[106], sauf à Mayotte. Les enfants mineurs en situation irrégulière bénéficient de conditions plus favorables que les adultes pour y accéder puisqu'elle est attribuée sans conditions de ressources ni de durée de séjour sur le territoire national.

Le nombre d'enfants de moins de 12 ans bénéficiaires de l'AME a légèrement augmenté depuis 2016 pour atteindre 62 361 enfants en 2020, soit près de 20 % des bénéficiaires de l'AME. La grande majorité des enfants, comme les bénéficiaires des autres classes d'âge, est principalement située en Île-de-France et en Guyane.

D'après l'inspection générale des affaires sociales (Igas) et l'inspection générale des finances (IGF)[107], la dépense moyenne annuelle pour les bénéficiaires de l'AME quel que soit leur âge est de 2 675 €. On peut donc considérer que les moins de 12 ans pris en charge par l'AME sont associés au total à une dépense maximale de 167 M€ annuellement. Étant donné la spécificité des événements de santé et des pathologies prises en charge par l'AME, avec une surreprésentation de l'obstétrique, de l'insuffisance rénale, du diabète et de la cancérologie-hématologie, les dépenses de santé des enfants de moins de 12 ans sont probablement très nettement inférieures à ce montant.

c) Une prise en charge perfectible des frais de santé des enfants à l'AME et à la CSS

Même si ces deux dispositifs ont vocation à lever les freins de nature financière dans l'accès aux soins et à la prévention, ils ne garantissent pas, à eux seuls, l'effectivité de l'accès.

Tout d'abord, aux termes des articles L. 215-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF) et L. 160-8 du code de la sécurité sociale (CSS), sont exclus du panier de soins pris en charge par l'AME le programme M'T Dents, et les frais d'hébergement et de traitement des

[102] Drees, *Études et Résultats* n° 1171, *Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels*, novembre 2020.
[103] Tous régimes hors Assemblée nationale et Sénat, hors AME.
[104] Le RAC post-AMO reste élevé pour les adolescents, à 378 € en moyenne par an en particulier à cause des frais d'orthodontie.
[105] Drees, Études et statistiques, *Reste à charge des personnes bénéficiant de la CMU-C en 2010*, novembre 2011.
[106] L'AME, qui a succédé à l'aide médicale gratuite (AMG) et à l'aide médicale départementale (AMD) est un dispositif financé par le programme 183 de la mission Santé - Protection maladie (927 M€ en 2020) et couvre l'AME de droit commun, l'AME « soins urgents » et les autres AME.
[107] Igas-IGF, *L'aide médicale d'État : diagnostic et proposition*, octobre 2019.

enfants ou adolescents handicapés. Même si les enfants bénéficiaires de l'AME ont théoriquement accès aux chirurgiens-dentistes sans avance de frais, leur exclusion de ce programme est contre-productive et discriminante. En effet, des consultations de prévention précoces seront toujours moins onéreuses que la prise en charge ultérieure des soins conservateurs qui sera elle aussi assurée par l'AME. Au vu des enjeux financiers limités et de la sous-exécution du FNPEIS, il conviendrait d'intégrer le programme M'T Dents au périmètre de l'AME.

Ensuite, les refus de soins opposés aux bénéficiaires de ces deux dispositifs qui sont assez largement documentés en population générale, concernent selon toute vraisemblance aussi les enfants même si aucune étude récente n'existe. Selon une étude d'octobre 2019[108], le refus de soins dentaires a été évalué à 25 % pour les bénéficiaires de ces deux dispositifs (dont 9 % de refus spécifiquement discriminatoires). De même le refus de soin, sans être systématique, a été mis en évidence pour 22 % des bénéficiaires sans domicile de l'AME et de la CMU pour l'accès aux soins de ville[109]. Il conviendrait de documenter cette question pour les enfants.

Enfin, l'accès à ces dispositifs n'est pas toujours simple. En effet, les populations les plus éloignées du système de santé ou isolées dans des « poches de précarité » ne les ont pas toujours identifiés et les démarches administratives, qui ont pourtant été largement simplifiées sous l'impulsion de l'assurance maladie[110], peuvent rester une barrière pour l'accès aux droits. En parallèle, l'assurance maladie a expérimenté dans le Gard à partir de 2014, avant de la généraliser en 2018, une démarche d'accompagnement personnalisé des personnes en situation de renoncement à des soins, dite plateforme d'intervention départementale d'aide à l'accès aux soins et à la santé (Pfidass). En 2020, cette démarche a été élargie avec la création de missions d'accompagnement santé afin de proposer une offre plus globale et intégrée, quel que soit le mode de détection des situations de fragilité. Si une attention particulière est portée aux familles monoparentales, ce dispositif est d'abord centré sur les assurés, partant du principe que l'amélioration des droits et de la situation des parents a mécaniquement un effet positif sur celle des enfants, et ensuite des ayants droit lorsque des besoins spécifiques sont détectés. Il pourrait être intéressant d'approfondir les partenariats avec les caisses d'allocations familiales, les structures d'accueil du jeune enfant ou les PMI pour cibler davantage les enfants.

Une attention particulière de l'assurance maladie et de l'État à l'exercice de leurs droits par les parents permettrait une meilleure prise en charge sanitaire des enfants.

[108] S. Chareyron et coll., *Les refus de soins discriminatoires : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales*, octobre 2019.

[109] BEH n° 17-18, *Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile*, hébergées en Île-de-France, juin 2019.

[110] Les délais de traitement des dossiers de CSS ou d'AME se sont considérablement réduits ces trois dernières années. Les demandes d'AME déposées dans les CPAM sont désormais instruites dans quatre pôles de gestion qui centralisent leur instruction (Paris, Bobigny, Poitiers et Marseille) et sont aussi en charge du contrôle du dispositif. Les bénéficiaires de l'AME ne disposent ni de carte vitale ni de DMP.

2 - Des mesures ciblées de modération des restes à charge

Afin de lutter contre les freins financiers d'accès aux soins et aux équipements médicaux, des actions ont été engagées depuis 2016 pour limiter le reste à charge supporté par les assurés.

a) Le 100 % santé, une réforme qui concerne assez peu les enfants[111]

La réforme « 100 % santé »[112] qui se déploie progressivement depuis le 1er janvier 2020 doit permettre la prise en charge d'un panier de soins et d'équipements pour tous dans le domaine de l'optique, des prothèses auditives et dentaires, sans reste à charge après une intervention combinée de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire. Par construction, elle ne concerne que peu les enfants âgés de moins de douze ans, sauf pour l'optique.

Dans la mesure où les différents documents de suivi de la montée en charge de cette réforme ne proposent pas d'approche populationnelle, il n'est pas possible d'évaluer son impact sur le reste à charge pour les familles en cas d'équipement optique. Il serait à cet égard intéressant qu'une attention particulière soit portée lors des prochains rapports de suivi à la catégorie des enfants.

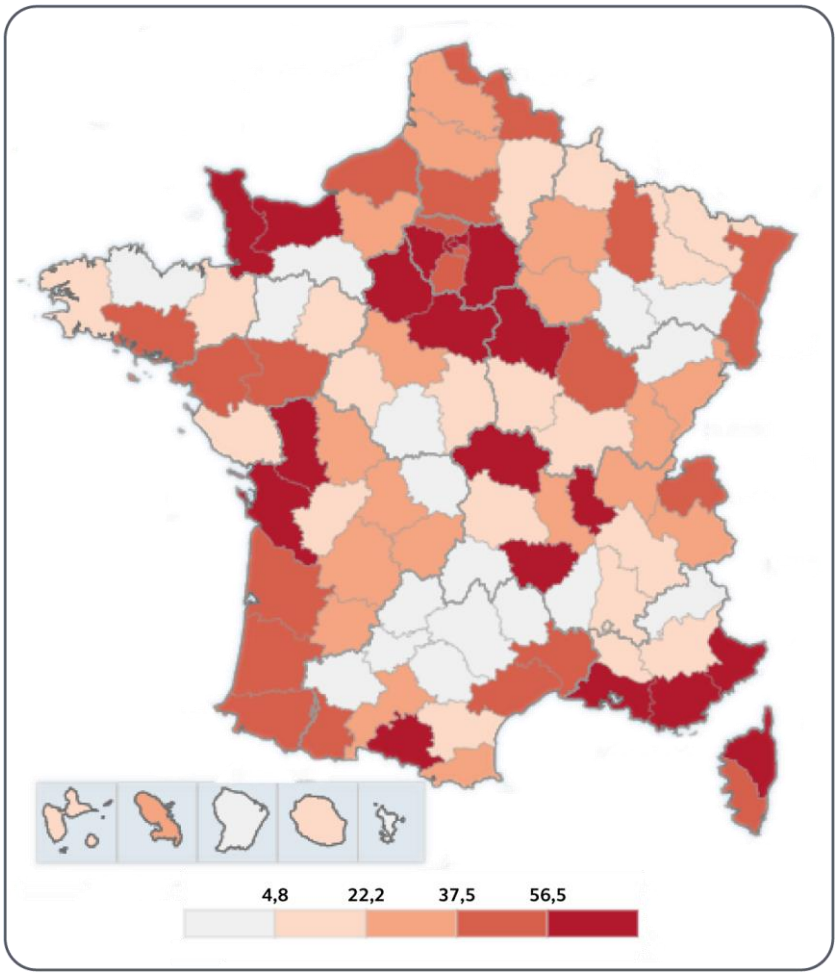
Les enfants bénéficient, en effet, de conditions de renouvellement adaptées, avec un délai fixé à un an (au lieu de deux ans), qui peut être ramené à 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans si la monture n'est pas adaptée à la morphologie du visage et entraîne ainsi une perte d'efficacité. Par ailleurs, aucun délai de renouvellement minimal des verres sur prescription médicale n'est prévu. Le principal point d'amélioration pourrait concerner la possibilité de renouveler un équipement complet d'optique en cas de perte ou de casse pour lequel aucune prise en charge n'est prévue.

b) La régulation des dépassements d'honoraires pratiqués par les pédiatres

Dans un contexte de diminution des effectifs libéraux de cette spécialité, la proportion des pédiatres autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires[113] a augmenté depuis 2015, pour atteindre 45,8 % en 2020 (contre 49,8 % en moyenne pour les spécialistes, hors médecins généralistes. L'exercice en secteur 1 sans dépassement d'honoraire est majoritaire en France, mais avec de fortes disparités en fonction des départements comme l'illustre la carte ci-dessous.

[111] Cour des comptes, *Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient*, communication à la commission des affaires sociales de l'assemblée nationale, juin 2021 (disponible sur ccompte.fr).
[112] Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.
[113] Secteur 1 avec droit à dépassement permanent (secteur 1dp) et secteur 2.

Carte n° 9 : part des pédiatres en secteur 1dp et secteur 2 en 2020 (%)



Source : Cnam, représentation par la Cour des comptes.
Note : Part des pédiatres en secteur 1dp et en secteur 2 parmi l'ensemble des pédiatres libéraux ou mixtes (en %).

Cependant, le taux moyen de dépassement d'honoraires des pédiatres reste supérieur à celui des médecins généralistes de plus de 10 points et à celui de l'ensemble des spécialistes de 5 points en 2020. Ces écarts se sont réduits depuis 2016.

Selon l'assurance maladie, 63 % des consultations réalisées en 2018 par les pédiatres l'ont été en secteur 1, 21 % en secteur 1dp ou 2 Optam et 16 % en secteur 2 hors Optam. La répartition est différente pour les médecins généralistes, avec 97 % des consultations en secteur 1, 2 % en secteur 1dp et 2 Optam et 1,8 % en secteur 2 hors Optam, pour des enfants de moins de 16 ans.

Depuis la mise en place en janvier 2017 de l'option pratique tarifaire maîtrisée (ou Optam)[114], le nombre de pédiatres adhérents a augmenté de près de 25 %, passant de 521 adhérents en décembre 2017 à 694 en décembre 2020. Le taux d'adhésion a quant à lui progressé de 6 points pour atteindre 60 % en février 2020. Cette dynamique a contribué à

[114] Art. 40 à 58 de la convention médicale de 2016.

diminuer le taux de dépassement des pédiatres adhérents de 4 points entre 2017 et 2019, et à augmenter la part des actes pratiqués à tarif opposable de plus de 7 points, mais sans véritable effet de modération sur les pédiatres qui n'adhèrent pas au dispositif. Elle n'a pas contribué à réduire les écarts observés entre région dans les taux de dépassement moyen pour les non adhérents à l'Optam. Si en 2017 le taux de dépassement régional maximum était de 113,3 % en Île-de-France et le minimum de 34,4 % dans les Pays de la Loire, il était de 117 % en Île-de-France en 2019. Le taux moyen de dépassement le plus élevé, pratiqué par les pédiatres adhérents à l'Optam en fonction de leur région d'exercice a diminué entre 2017 et 2019, passant de 63,9 % en Outre-Mer à 52,9 % en Ile-de-France en 2019, mais le taux moyen régional minimum a augmenté, passant de 0 % en 2017 à 10,5 % dans les Pays de la Loire en 2020.

En complément de cette politique de maîtrise des dépassements d'honoraires, l'assurance maladie peut engager des actions individualisées de sensibilisation engagées auprès des médecins aux pratiques tarifaires excessives. Ces dernières n'ont concerné depuis 2016 que 8 pédiatres avec l'envoi d'un courrier d'information générale en septembre 2017. Leur pratique tarifaire ayant changé, aucune procédure conventionnelle n'a été lancée.

3 - Les expérimentations de l'article 51, entre solvabilisation de la demande et structuration des parcours

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit en son article 51[115] un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits, dès lors que ces nouvelles organisations contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficience du système de santé, l'accès aux soins ou encore la prescription des produits de santé. À titre d'exemple, parmi les expérimentations couvrant la santé des enfants, trois d'entre elles illustrent l'intérêt de financer une prise en charge pluridisciplinaire dans le cadre de parcours coordonnés.

a) La prévention et la prise en charge des troubles de l'apprentissage

Appartenant aux troubles du neuro-développement, les troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA)[116] sont à la fois fréquents chez les enfants, durables, en partie sous-diagnostiqués, et susceptibles d'avoir des répercussions importantes sur leur scolarité et leur vie sociale et familiale. Ces conséquences peuvent néanmoins être atténuées grâce à un repérage précoce et une prise en charge adaptée.

En Occitanie, le repérage précoce des troubles du développement et des apprentissages est une priorité des PRS. L'association Occitadys a été créée en juin 2018 pour poursuivre le déploiement dans l'ensemble de la région d'un maillage structurant la prévention, l'accessibilité

[115] Article L.162-31-1 du CSS.

[116] Il s'agit des troubles du langage (ou dysphasies), des troubles spécifiques des apprentissages (dyslexies, dysorthographies, dyscalculies), du trouble développemental de la coordination (dyspraxies) et du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Selon des estimations anciennes, 6 à 8 % des enfants d'âge scolaire seraient concernés par ces troubles, qui peuvent être sévères chez 1 à 2 % d'entre eux.

aux soins et des accompagnements, et fédérer les professionnels autour de ces enjeux dans le respect des recommandations publiées par la HAS[117] en 2018.

Quatre obstacles sont à lever pour répondre à ces objectifs : l'insuffisante formation des professionnels ; l'inadéquation de la valorisation financière des consultations longues d'évaluation, de synthèse ou de suivi, ainsi que de la coordination des parcours sollicitant l'intervention de plusieurs professionnels ; pour les familles, le coût d'interventions de professionnels non remboursés par l'assurance maladie (notamment psychologue, ergothérapeute, psychomotricien) ; enfin découlant en partie des deux premiers, celui du manque d'offres de soins.

Avec l'appui de l'ARS, Occitadys a présenté un projet « d'expérimentation article 51 » de mise en place d'un parcours de santé coordonné pour les enfants porteurs d'un ou plusieurs troubles spécifiques du langage et des apprentissages. Ce parcours comprend notamment la mise en place d'un correspondant d'entrée de parcours ayant vocation à orienter le patient vers une prise en charge adaptée et le financement, sous forme de forfait, du diagnostic pluridisciplinaire, des rééducations en psychomotricité, ergothérapie et de l'accompagnement psychologique.

Validée en juillet 2020, l'expérimentation « projet régional parcours de santé TSLA Occitanie » est prévue pour une durée de trois ans. L'assurance maladie la finance à hauteur de 21 M€ pour le diagnostic et la prise en charge en Occitanie de 10 000 enfants entre 6 et 15 ans.

Cette démarche s'inscrit dans la dynamique portée par la stratégie de lutte contre l'autisme au sein des troubles du neuro-développement, en particulier la mise en place de forfait précoce et des plateformes de coordination et d'orientation. Il convient de souligner à cet égard ce choix stratégique structurant d'harmoniser et d'établir des synergies entre les différentes filières autour des troubles du neuro-développement, qu'elles qu'en soient les origines : TSLA, déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme, troubles syndromiques ou troubles liés à la prématurité ou aux conditions périnatales.

L'initiative portée par Occitadys, conduite en partenariat étroit avec l'éducation nationale permet d'envisager une extension de ce parcours de santé au niveau national en 2023. Il se double d'un projet de recherche autour de la prévention des troubles du langage oral, écrit et calcul avec l'ambition de valider la mise en place d'une politique de prévention au niveau régional.

Cette expérimentation, fondée sur une démarche évaluative très précise, s'inscrit dans une dynamique d'amélioration continue des pratiques pour enrichir une politique de prévention sur des principes d'intervention précoces, notamment au sein des écoles.

[117] Niveau 1 : repérage et diagnostic des troubles simples par les médecins de PMI, les médecins de l'Éducation nationale et les médecins de l'enfants ; niveau 2 : un centre par territoire pour les situations nécessitant un diagnostic et une coordination pluridisciplinaires ; niveau 3 : centres de références des troubles du langage et des apprentissages pour les situations complexes relevant de pathologie génétique ou neurologique.

b) La prévention et la prise en charge de l'obésité chez les enfants

S'agissant des enfants, des expérimentations sont au nombre de deux, l'une portant sur le dépistage et la prise en charge d'enfants à risque d'obésité et l'autre sur la prise en charge d'enfants en état d'obésité morbide.

D'une part, lancé en 2018 dans les départements du Nord-Pas-de-Calais, de la Seine-Saint-Denis et La Réunion, le dispositif « Mission : retrouve ton cap » a pour objectif de favoriser, grâce à la mise en place d'un forfait spécifique, une prise en charge pluridisciplinaire précoce, adaptée aux besoins des enfants de trois à huit ans à risque d'obésité[118] ainsi qu'à ceux de leur entourage, dans le respect des recommandations formulées en 2011 par la HAS[119]. Il devrait être généralisé dès 2022. Le médecin qui suit l'enfant est à l'initiative de l'orientation dans le dispositif et coordonne la prise en charge pluridisciplinaire s'échelonnant sur deux années[120]. Le financement des forfaits est assuré par l'assurance maladie. Le montant du forfait annuel par enfant est fixé à 240 € maximum et comprend la prise en charge des bilans et des consultations de suivi prescrits par le médecin, et réalisés par des professionnels rattachés à la structure. Au mois de janvier 2021, 2086 enfants et 47 structures participent à cette expérimentation qui a été prolongée jusqu'au 31 décembre 2020. La majorité des enfants se sont vus prescrire les trois bilans (60 %). Pour près de 4 enfants sur dix (38 %), la prescription initiale proposait un forfait complet. La part des enfants inclus bénéficiaires de la CMU-C est nettement supérieure à la moyenne nationale (37 % à La Réunion et 27 % en Nord-Pas de Calais et en Seine-Saint-Denis contre une moyenne nationale de 7,6 %), de même que ceux qui ne sont pas couverts par une complémentaire santé, qui représentent près d'un tiers des participants. Les enfants inclus sont majoritairement issus de milieux modestes, puisque les catégories socio-professionnelles les plus représentées (hors inactifs) sont les ouvriers et les employés même si les critères d'inclusion sont uniquement physiologiques. L'un des principaux constats tient à la difficulté d'atteindre l'objectif d'intervention précoce pour des enfants présentant uniquement des facteurs de risque d'obésité en amont de l'apparition d'un surpoids. Dans leur grande majorité (71 %), les enfants inclus étaient déjà en situation de surpoids avec obésité. Cette expérimentation a permis d'améliorer au moins une habitude alimentaire chez 82 % des enfants.

D'autre part, l'expérimentation « Obepedia » (obésité pédiatrique) est destinée aux enfants et adolescents atteints d'obésité sévère. Il s'agit de mettre en place un parcours de soins s'appuyant sur un projet médical de soins et d'accompagnement personnalisé qui inclut des coopérations multidisciplinaires à l'hôpital et en ville. Elle repose sur le paiement d'un forfait global pour la prise en charge des patients par les professionnels médicaux et non médicaux intégrant des prestations de diététique et de psychologie, non prises en charge dans le droit commun. D'une durée de quatre ans, il est prévu d'inclure 900 enfants pour un budget de 2,7 M€ maximum (3 000 € par enfant sur la durée de la l'expérimentation soit 750 € par enfant par an). Comme le souligne la Cour dans son rapport de 2019, l'expérimentation a pâti de

[118] Le suivi de l'indice moyen corporel, de la courbe de corpulence et du rebond d'adiposité précoce permet d'identifier le risque d'obésité.

[119] Haute autorité de santé, *Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent - Recommandations de bonne pratique*, septembre 2011.

[120] Première année : trois bilans diététique (systématique), psychologique (selon besoin), d'activité physique (selon besoin) et six consultations de suivi diététique et/psychologique ; deuxième année : douze consultations de suivi diététique et/ou psychologique.

retards pris au moment de son démarrage. Son évaluation n'étant prévue qu'en 2024, les enseignements seront tirés 10 ans après la parution du plan obésité.

Ces trois exemples d'expérimentation article 51 soulignent l'intérêt d'évoluer vers des prises en charge pluridisciplinaires forfaitisées, dans le respect des références en matière de bonnes pratiques et de recommandations de la HAS, et de manière complémentaire à une graduation de l'offre de soins pour lutter contre les renoncements aux soins et les inégalités d'accès.

C - Des parcours de santé encore marqués par les inégalités sociales et territoriales

Des différences de recours aux professionnels de santé existent en fonction du gradient social des familles et de leur lieu de résidence, renvoyant aussi à des questions de répartition territoriale de l'offre de soins primaires.

1 - Un recours plus important aux urgences dans les milieux sociaux moins favorisés

Selon une étude de la Drees sur des données de 2013[121], le recours aux urgences des enfants est plus élevé que celui des adultes, à l'exception des 85 ans ou plus ; les enfants de moins de deux ans représentaient 6 % des passages aux urgences contre 2 % de la population. Des résultats similaires sont observés en 2019, à partir d'une exploitation de la statistique annuelle des établissements : sur plus de 22 millions de passages aux urgences, 7,5 millions (soit 26 %) concernent des patients de moins de 18 ans. En 2019, les enfants de moins de deux ans représentent 31 % des passages aux urgences, soit presqu'autant que pour les enfants âgés de deux à cinq ans (34,5 %), et que pour les enfants de 6 à 11 ans (34,3 %).

Avec une proportion importante de consultations non justifiées aux urgences, comme l'a souligné l'Igas, le recours croissant aux urgences hospitalières des enfants témoigne d'un report sur l'hôpital, en raison de difficulté pour trouver une consultation non programmée en ville, et sans doute de l'inquiétude des parents. Le besoin de réassurance et de conseils, notamment pour les parents de très jeunes enfants, expliquerait ce recours aux urgences pédiatriques.

Ce recours aux urgences dépend aussi du gradient social et de la commune de résidence des parents. Ainsi, les enfants de la cohorte Elfe ont davantage été aux urgences lorsqu'ils appartenaient à des foyers défavorisés, y compris avec des passages multiples, et lorsqu'ils n'habitaient pas dans des communes rurales. Les motifs de consultation en revanche ne sont pas différents selon le gradient social ou le territoire de résidence.

[121] Drees, Études et résultats n° 1 128, *Urgences : plus du quart des passages concernent les enfants de moins de 15 ans*, octobre 2019. Les analyses de cette étude utilisent les données de l'enquête nationale sur les structures des urgences de juin 2013, réalisée par la Drees auprès de 736 points d'accueil d'urgences.

2 - Un recours plus fréquent aux pédiatres pour les enfants de moins de deux ans, urbains et des milieux sociaux favorisés

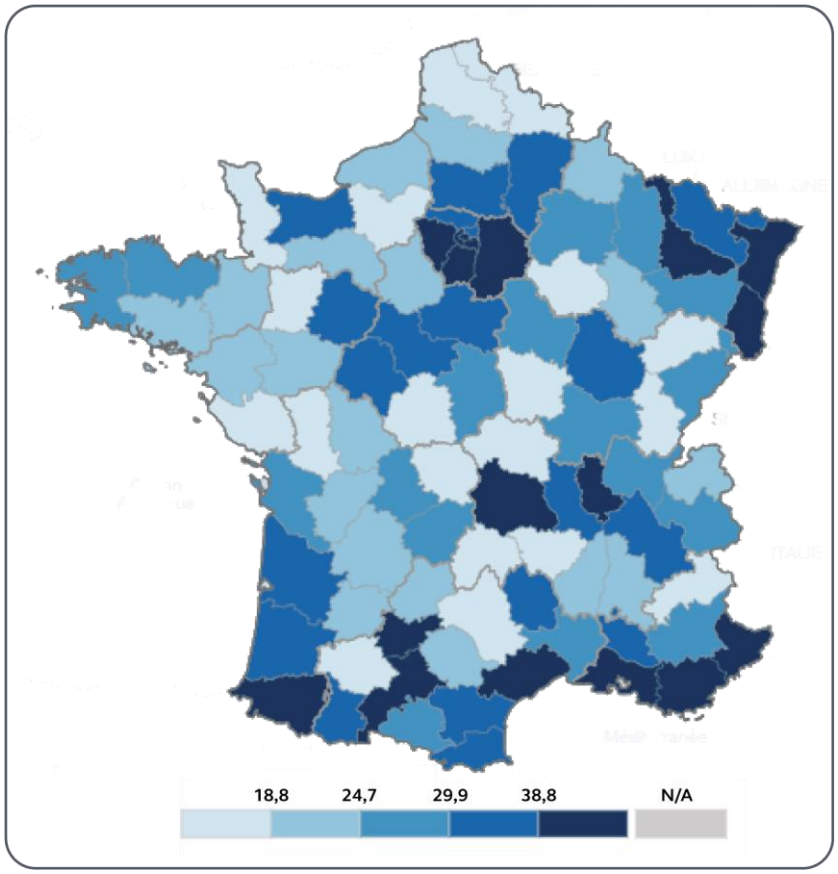
En 2019, les pédiatres n'assuraient que 33 % des consultations d'enfants âgés de moins de 12 ans (contre 67 % pour les généralistes). Cette proportion diminue quand l'âge augmente, et se concentre avant deux ans pour représenter la moitié des dépenses remboursées de pédiatrie par l'assurance maladie obligatoire (soit 105 M€ en 2019).

Le recours à un pédiatre plutôt qu'à un médecin généraliste dépend aussi du milieu social de l'enfant, et plus particulièrement du niveau de revenu (ce qui renvoie à la pratique répandue de dépassements d'honoraires). Ainsi, quel que soit l'âge, la proportion d'enfant consultant au moins une fois dans l'année un pédiatre double presque entre les 20 % des foyers les plus modestes et les 20 % les plus aisés (cf. tableaux 27, 32 et 37 de l'annexe 6) selon les résultats issus de la cohorte Elfe : elle est par exemple respectivement de 35 % et 68 % à 1 an, ou de 25 % et 44 % à 5,5 ans.

Par ailleurs, la place du pédiatre dans le parcours de santé de l'enfant varie fortement en fonction des départements et des communes de résidence, ce qui est lié à l'inégale répartition territoriale des pédiatres libéraux et donc à la disponibilité de l'offre. Comme le montre la carte ci-dessous la part des consultations de pédiatre est plus importante dans les départements les plus urbanisés et à proximité des grandes métropoles, à l'exception des Hauts-de-France. Si la taille de l'aire urbaine de résidence n'a aucun impact sur le fait de consulter un médecin, elle modifie la spécialité : la proportion des enfants âgés de 3,5 ans de la cohorte Elfe ayant consulté un pédiatre dans l'année est de 32,2 % pour les enfants vivant dans des communes rurales, de 50 % pour ceux des grandes aires urbaines[122] et de 61,5 % à Paris[123].

[122] Aires urbaines de 500 000 à 1 000 000 d'habitants.
[123] Voir annexe 6 tableau 34.

Carte n° 10 : part (en %) des consultations de pédiatrie en médecine de ville (2019)



Source : Cnam. Données 2019. Calculs et représentation par la Cour des comptes
Note : Consultations pour les enfants de moins de 2 ans. Données non disponibles pour la Corse et les DROM.

Les médecins généralistes jouent un rôle croissant dans la prise en charge de la santé des enfants. Cependant, selon une étude de la Cnam de 2012, citée par l'Igas, les pratiques des médecins généralistes et des pédiatres diffèrent : le principal motif de consultation chez les pédiatres est préventif alors que les 2/3 des consultations chez les généralistes concernent des maladies aigües, ce qui se retrouve aussi dans les différences observées dans les montants moyens de rémunération sur objectif de santé publique (ROSP).

3 - Des recours variables aux autres professionnels de santé

Si la majorité des dépenses de ville remboursées par l'assurance maladie obligatoire en 2019 pour les enfants de moins de 12 ans concerne la médecine (31 %) et la pharmacie (23 %, en particulier avant deux ans en raison des vaccins), l'orthophonie représente 12 %, les soins dentaires 7 % et les soins visuels en incluant l'optique 5 % des dépenses totales.

Alors que le recours aux chirurgiens-dentistes comme aux ophtalmologistes varie fortement en fonction du gradient social quel que soit l'âge des enfants, la prise en charge par une orthophoniste est plus importante dans les départements ruraux et au sein des foyers les plus modestes comme l'illustre le tableau ci-dessous. Ainsi, à 5,5 ans, 36 % des enfants de la

cohorte Elfe avaient consulté un chirurgien-dentiste au cours de l'année précédente, mais seulement 32,2 % pour les enfants des mères les moins diplômées contre 41,3 % pour ceux des mères les plus diplômées.

Tableau n° 10 : proportion d'enfants ayant consulté un orthophoniste à 5,5 ans

Résidence	**Commune hors aire urbaine**	**< 199 999**	**200 000 – 499 999**	**500 000 – 999 999**	**Aire de Paris***
	16,3 %	14,6 %	15,7 %	18 %	11,6 %
Revenus	**Quintile 1 (inférieur)**	**Quintile 2**	**Quintile 3**	**Quintile 4**	**Quintile 5**
	18,3 %	15,8 %	13,4 %	13,1 %	11,7 %

Source : cohorte Elfe, analyse pour la Cour des comptes.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022 consacre un volet spécifique à la santé des enfants et porte l'ambition de réduire les inégalités de santé par une intervention plus précoce en matière de prévention. La structuration insuffisante de sa déclinaison opérationnelle ne permet ni un pilotage ni une évaluation des projets et actions engagés.

En premier lieu, la persistance de nombreux plans nationaux thématiques, non synchronisés bien qu'abordant des sujets très intriqués, ne porte pas une vision unifiée et lisible de la santé des enfants. Au plan territorial, la dispersion des actions et priorités relatives à la santé des enfants parmi les nombreux axes et objectifs des projets régionaux de santé rend tout aussi complexe l'identification d'une politique régionale de santé de l'enfant.

En l'absence dommageable de vision consolidée des dépenses consacrées à la santé des enfants, liée à la multiplicité des sources de financement et à la faiblesse des systèmes d'information disponibles, la Cour les a estimées à 8,9 Md€ en 2019.

Malgré les efforts en faveur d'une approche plus transversale et coordonnée de la santé des enfants, qui se donne à voir dans le comité interministériel pour la santé et son instance dédiée aux enfants et aux jeunes, le CoSEJ, le fonctionnement en silo persiste. Les grands acteurs de la santé des enfants que sont le ministère de la santé, l'Assurance maladie, la protection maternelle et infantile, ou l'Éducation nationale, poursuivent leurs propres logiques : très structurée pour décliner les priorités nationales pour l'assurance maladie ; répondant au principe de libre administration pour les services départementaux de la PMI sans représentation nationale identifiée.

Enfin, l'efficacité des dispositifs définis soit spécifiquement aux enfants au premier rang desquels les examens et vaccinations obligatoires, soit pour l'ensemble de la population mais s'appliquant également aux enfants comme la complémentaire santé solidaire, ou la régulation des dépassement d'honoraires pratiqués par les pédiatres, est à nuancer. En effet, les parcours de santé des enfants restent marqués par des inégalités de recours aux professionnels et aux structures de santé, en fonction du gradient social des familles et de leurs lieux de résidence.

C'est pourquoi la Cour formule les recommandations suivantes :

2. *Renforcer le pilotage interministériel pour la santé des enfants en s'appuyant sur un CoSEJ renouvelé dans ses missions et son fonctionnement (ministère de la santé).*
3. *Unifier le cadre de contractualisation entre l'ARS, l'assurance maladie, la PMI et l'éducation nationale pour garantir la cohérence des actions et des financements relatifs à la santé des enfants pour renforcer les compétences d'animation des ARS au niveau départemental (SGMAS, Cnam).*

Chapitre III

Réorganiser la politique de santé des enfants

L'existence d'inégalités sociales de santé très précoces et marquées non compensées par des dispositifs conçus selon le principe d'universalisme appelle la refonte dans son ensemble de l'organisation de la prise en charge de la santé des enfants. Celle-ci doit s'appuyer sur la clarification des missions et de l'articulation des acteurs spécifiques que sont notamment la PMI et l'éducation nationale, afin de renforcer leur mobilisation et leur complémentarité, afin de mettre la prévention au cœur d'une approche globale de la santé des enfants, et de redéfinir des parcours de prise en charge plus cohérents.

I - Clarifier le positionnement des acteurs spécifiques de la santé des enfants, aujourd'hui en difficulté

A - La PMI, une place essentielle dans le parcours de santé des enfants

Selon plusieurs rapports[124], les services départementaux de PMI constituent un levier important de prévention et de réduction des inégalités sociales de santé en raison de leur accessibilité géographique[125], financière et administrative, même si leur activité auprès des enfants s'est progressivement modifiée.

1 - Un rôle majeur pour les familles les plus vulnérables

D'après l'enquête « Aide sociale » de la Drees, les services de PMI auraient réalisé en 2019, en France hors Mayotte, plus de 50 000 actions collectives à destination des enfants, 550 000 visites à domicile par des puéricultrices pour 270 000 enfants différents vus au moins une fois, et 1,4 M d'examens cliniques par un médecin qui auraient concerné entre 530 et 550 000 enfants. Plus de 500 000 enfants auraient aussi bénéficié d'au moins un acte de puériculture ou d'infirmière. Même approximatives, ces données d'activité restent cohérentes, avec celles du rapport Peyron, mais orientées à la baisse. En 2016, l'activité de la PMI avait essentiellement concerné les enfants de moins de deux ans avec 550 000 consultants pour 1,5M d'examens, déjà en baisse de 45 % par rapport à 1995 alors que les visites à domicile avaient

[124] Rapport d'information n° 1234 (XV[ème] législature) de E. Bareigts et C. Isaac-Sibille relatif à la prévention santé en faveur de la jeunesse, septembre 2018 ; rapport précité de M. Peyron, mars 2019 ; *Les 1000 premiers jours : là où tout commence*, rapport précité, septembre 2020.

[125] Avec près de 4 400 points de consultation, fixes en 2019 auxquels s'ajoutent des environ 160 lieux de consultations infantiles desservis par des camions itinérants selon la Drees, enquête Aide sociale, volet PMI, champ : France métropolitaine et Drom (hors Mayotte). Il s'agit de données brutes non-redressées, avec des données manquantes pour certains départements.

été divisées par deux (580 000 en 2016). La baisse du nombre d'enfants de moins de 6 ans en France, bien que marquée, n'explique pas à elle seule cette diminution de l'activité.

L'étude originale produite à partir des données de la cohorte Elfe souligne que la PMI est un interlocuteur bien identifié par les familles, en particulier les moins favorisées, qui s'y rendent de façon régulière.

Dès la période post-natale, 10 % des mères d'enfants de la cohorte Elfe ayant les revenus les plus faibles ont eu après la naissance la visite à domicile d'une sage-femme de PMI et 28,9 % celle d'une puéricultrice de PMI, quand ces taux étaient respectivement de 3,3 % et 15,5 % pour les mères aux revenus les plus élevés. Cette place dans le parcours de santé se conforte ensuite : 13,6 % de ces enfants ont consulté au moins une fois un médecin en PMI dans leur première année de vie, en s'y présentant en moyenne 7 fois. Lors de leur deuxième année, ils étaient 8,8 % avec en moyenne 4 consultations médicales, et 8,2 % entre 4,5 ans et 5,5 ans. Le recours à la PMI s'inscrit dans un processus durable de suivi des enfants.

De même, plus la commune de résidence des parents a un indice de désavantage social élevé, plus les enfants sont suivis en PMI. La taille de la commune n'a pas d'effet sur le recours à la PMI, sauf pour Paris et sa petite couronne où les parents ont davantage recours à la PMI.

2 - Des difficultés de fonctionnement bien identifiées

Depuis le début des années 2000, la PMI connaît une crise majeure liée à plusieurs facteurs, bien documentés dans le rapport de Michèle Peyron, parmi lesquels une diversification des missions non sanitaires, un mode de financement hybride et fragile, et des moyens humains, en particulier médicaux, sous forte tension. Un projet de transfert aux caisses d'allocations familiales de la mission d'agrément et de suivi des assistantes maternelles devrait être prochainement expérimenté.

a) Un financement complexe

La PMI étant une compétence décentralisée, son financement incombe aux conseils départementaux, dans le cadre de leur budget général. Les moyens accordés résultent donc des arbitrages politiques des exécutifs départementaux, en application du principe de libre administration. Ces financements, qui ne sont pas précisément connus (cf. partie 2), représentaient en 2016 moins de 1 % des dépenses sociales des départements, part variable selon les départements.

À ce financement s'ajoutent des versements de l'assurance maladie au titre de la prise en charge des actes pratiqués par les médecins et sages-femmes de PMI, et de remboursement de la part obligatoire des vaccins administrés, sur le prix négocié par le service de PMI (et non sur le prix de vente pratiqué en officine). Ne sont donc pris en charge que les examens médicaux obligatoires réalisés par un médecin de PMI, avec une application stricte du calendrier, et les autres actes inscrits à la classification commune des actes médicaux (CCAM) ou à la NGAP ce qui exclut les actes pratiqués par les infirmières ou les auxiliaires de puériculture par exemple. La caisse primaire verse directement le montant des prestations dues au département, au budget général ce qui est peu efficace pour inciter les PMI à déclarer au plus juste des actes pratiqués. En 2017, ce sont ainsi 35 M€ qui ont été remboursés aux conseils départementaux. Les

organismes locaux d'assurance maladie peuvent aussi par voie de convention participer sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale aux actions de prévention médico-sociale menée par les PMI. Mais sur les huit caisses rencontrées, aucune n'a mentionné un tel financement.

Enfin, dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance, l'assurance maladie a renforcé son partenariat avec les conseils départementaux en étendant le périmètre des actes et prestations remboursables lorsqu'ils sont réalisés en PMI, qui concernent surtout les 1000 premiers jours (entretien prénatal précoce, visite à domicile par une sage-femme en période pré- et post-natale) et la prise en compte des dépistages de déficience prévues à la NGAP ou à la CCAM, notamment les dépistages visuels et auditifs, ceux des troubles de l'apprentissage et des troubles du spectre autistique.

b) Des ressources humaines, en particulier médicales, fragiles

Une pluralité de professionnels de la santé et du social intervient dans les services de PMI : médecins, sages-femmes, infirmières qu'elles soient puéricultrice ou non, auxiliaires de puériculture, psychologues, acteurs du soutien à la parentalité comme les conseillers conjugaux, ou les éducateurs de jeunes enfants, et plus marginalement auxiliaires médicaux.

Selon l'enquête « Aide sociale », les effectifs[126] des principaux personnels des services de PMI intervenant auprès des publics étaient de 12 300 fin 2019. En équivalent temps plein (ETP), ces effectifs globaux diminuent très légèrement depuis 2016 et le rapport de M. Peyron, mais de façon très variable selon les professions. Ainsi, les ETP de médecins diminuent de près de 14 % sur la période, quand ceux des puéricultrices et des infirmières augmentent de 2 % et ceux des sages-femmes de 6 %. Ces quatre professions représentent, fin 2019, 82 % des ETP des PMI. La densité moyenne de professionnels de PMI exerçant auprès des enfants serait de 174 pour 100 000 enfants de moins de 6 ans, allant de 33 pour 100 000 dans le Maine-et-Loire à 331 pour 100 000 dans le Val-de-Marne.

Selon le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), les effectifs de médecins de PMI ont diminué de 14,6 % entre 2016 et 2021 ce qui est partiellement compensé par la diminution du nombre d'enfants âgés de 0 à 6 ans sur la même période, de sorte que la densité moyenne des médecins de PMI n'a diminué que de 4 points (de 35 en 2015 à 31 pour 100 000 en 2019).

Les perspectives démographiques sont néanmoins préoccupantes puisque près des 2/3 des médecins seraient proches de la retraite, et que, selon les estimations du haut conseil de la santé publique et du rapport Peyron, le besoin en consultations de PMI serait 10 fois supérieur aux consultations actuellement réalisées pour couvrir tous les enfants de 0 à 6 ans, et du double si leur action se concentrait sur les enfants des catégories les plus défavorisées.

Afin de renforcer l'attractivité de l'exercice médical en PMI, il conviendrait de chercher à harmoniser ou à tout le moins de à rapprocher la rémunération des médecins de la fonction publique territoriale de celle des médecins hospitaliers. L'examen du statut et de la grille de rémunération des médecins des services de protection maternelle et infantile, par comparaison

[126] En 2019, l'effectif total était de 12 310 agents selon l'enquête « Aide sociale » dont 2 240 médecins (18 %) auxquels il convient d'ajouter entre 1 000 et 1 500 médecins vacataires (ayant réalisé au total près de 200 000 heures de vacations), 4 960 infirmières puéricultrices (40 %), 1 490 infirmières (12 %), 1 290 sages-femmes (10 %) et 970 auxiliaires de puériculture (8 %).

avec ceux de la fonction publique hospitalière indique que les collectivités territoriales disposent de marges de manœuvre pour revaloriser les montants des rémunérations, plus spécifiquement des taux de prime. Le sujet des passerelles entre secteurs d'exercice doit être également intégré à cette réflexion pour étudier les possibilités d'évolution de carrière, élément de valorisation des parcours professionnels.

3 - Consolider de manière pérenne le financement des PMI

La contractualisation mise en place à l'appui de la déclinaison de la stratégie de prévention et de protection de l'enfance est un levier efficace de soutien des PMI. La contractualisation entre la PMI et la Cpam constitue un deuxième levier. Elles pourraient être regroupées dans une démarche privilégiant une vision d'ensemble, sur la base d'un projet de santé des enfants, tel que peuvent le porter les projets régionaux de santé ou les contrats locaux de santé.

Deux pistes complémentaires méritent d'être explorées : la première porte sur le remboursement des vaccins à 100 % sur la base du prix négocié, s'il est inférieur à 65 % du prix public pratiqué en officine, ce qui permettrait de partager les gains entre les services de PMI et l'assurance maladie obligatoire. En tout état de cause, il s'agit d'un transfert de dépenses des conseils départementaux vers l'assurance maladie, sans surcoût global pour les finances publiques.

La deuxième concerne plus largement les actes remboursés par les Cpam aux PMI, qui sont encore parfois différents en fonction des départements. En effet, les bilans de santé en école maternelle ne sont pas systématiquement remboursés par l'assurance maladie parce qu'ils sont souvent réalisés par des infirmières puéricultrice. Certaines caisses primaires refusent par ailleurs de les prendre en charge au motif qu'ils sont réalisés dans des écoles et qu'ils relèveraient donc d'une prise en charge par l'éducation nationale, ou en raison d'une application stricte des notions d'âge aux examens pratiqués. Indépendamment de ces difficultés, les PMI devraient d'ores et déjà demander le remboursement des actes aujourd'hui remboursables.

La reconnaissance du rôle des infirmières puéricultrices en ambulatoire par une inscription de leurs actes à la NGAP constituerait une avancée considérable pour renforcer le financement des PMI.

B - La santé scolaire, une institution aux multiples missions difficiles à satisfaire

La place particulière de l'école dans la stratégie de réduction des inégalités sociales et territoriales et dans la promotion de la santé a été réaffirmée à plusieurs reprises, en particulier par la loi du 8 juillet 2013 de refondation de l'école de la République, et celle du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Comme la Cour l'a souligné en avril 2020, les missions de l'éducation nationale en matière de santé des élèves, qui ont considérablement été élargies, s'articulent autour de deux approches : l'une individuelle de prévention et de repérage des troubles susceptibles d'entraver les apprentissages mais aussi de suivi des enfants à besoins particuliers (notamment pour l'aménagement de leurs conditions de scolarité), l'autre collective d'éducation à la santé et de promotion de la santé, ainsi que de réponse sanitaire en cas de maladie transmissible survenant dans le cadre scolaire.

Pour remplir ces nombreuses missions, l'éducation nationale s'appuie principalement sur des médecins et des infirmiers scolaires, auxquels s'ajoutent des psychologues et des assistants sociaux, soit plus de 20 300 ETP en 2018 pour 12 millions d'élèves.

1 - Une incapacité à répondre à sa mission de suivi individuel des enfants

Malgré les priorités réaffirmées dans la stratégie nationale de santé et par le comité interministériel sur la santé du 26 mars 2018, le taux de réalisation des examens en milieu scolaire, très variable selon les départements, en limite fortement la portée universaliste et le rôle dans une politique de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

La non-réalisation de ces examens auprès d'une partie des enfants tient autant à un manque de moyens humains (cf. infra) et des défauts dans l'organisation (coordination insuffisante des professionnels de santé impliqués, système d'information défaillant) qu'à une volonté de cibler les enfants en ayant le plus besoin.

Selon la direction générale de l'enseignement scolaire, les médecins scolaires priorisent leurs visites d'une part en fonction des éléments portés à leur connaissance par la PMI ou les médecins traitants, par les familles, les enseignants ou encore les psychologues, et d'autre part en fonction de leurs autres missions, très nombreuses. Une attention particulière est portée aux enfants relevant d'établissements classés en réseau d'enseignement prioritaire (REP) ou REP+ pour les visites médicales comme les bilans infirmiers. Les infirmiers, plus nombreux, ont quant à eux une demande de priorisation sur les élèves en zone rurale.

Néanmoins, ces critères de priorisation ne sont pas formalisés et sont laissés à la libre appréciation au mieux des académies, voire de chaque professionnel de santé scolaire. Ainsi, l'académie de Lille travaille actuellement sur une révision des critères de répartition des infirmiers afin de mieux prendre en compte les besoins dans les zones rurales caractérisées par des difficultés plus importantes dans l'accès aux soins. Cette absence de définition partagée des critères n'est pas à même de garantir que tous les enfants puissent bénéficier d'un examen de santé aux âgés clés de leur développement. Certains sont sans doute vus plusieurs fois malgré la possibilité laissée aux parents d'attester par un certificat médical de la réalisation d'un examen correspondant par un professionnel de santé libéral de leur choix ; d'autres jamais. Or, comme le rappelait déjà le HCSP dans son avis de 2013[127] sur la santé scolaire, « l'existence de passages obligés à des moments clé du développement reste nécessaire du fait de la diversité des situations sociales des élèves et de leur inégal suivi médical. Pour être efficaces, ces consultations doivent réellement couvrir l'ensemble de la population du fait des enjeux en matière d'inégalités de santé, ce qui n'est pas le cas dans le contexte actuel. »

Par ailleurs, les médecins et les infirmiers scolaires sont de plus en plus sollicités par les équipes éducatives, les familles voire les élèves eux-mêmes pour réaliser des visites à la demande, et par l'accompagnement des élèves à besoins éducatifs particuliers et les élèves en situation de handicap dans le cadre de l'école inclusive. Les médecins assurent aussi la visite médicale préalable à l'affectation de l'élève mineur aux travaux réglementés.

[127] HCSP, Avis relatif à la médecine scolaire, 27 février 2013.

2 - Des difficultés démographiques et organisationnelles

Comme la Cour l'a souligné en avril 2020, les performances de la santé scolaire sont très en-deçà des ambitions et des objectifs fixés en raison de difficultés persistantes dans l'organisation. En particulier, la répartition des missions entre les médecins et les infirmiers repose sur une intervention séparée et cloisonnée, sans système d'information partagé ni principe de subsidiarité ou de gradation dans le suivi. C'est « l'aboutissement insatisfaisant d'une histoire administrative compliquée, à contrecourant de l'évolution retenue pour tout le reste des dispositifs et professions de santé », « une réponse excessive à des pressions catégorielles faisant prévaloir des approches par métier au détriment d'une vision globale des besoins de la santé scolaire ».

Cette situation est d'autant plus dommageable que les effectifs de médecins et d'infirmiers scolaires connaissent des évolutions démographiques très différentes.

En effet, la croissance des effectifs infirmiers est plus rapide que celle de la population scolarisée ce qui s'est traduit par une diminution du nombre moyen d'élèves suivis par ETP infirmier (1 300 en 2018 contre 1 348 en 2013), avec le maintien d'importantes disparités territoriales à l'avantage des départements les plus ruraux. Ils étaient en 2018 près de 8 000 ETP, particulièrement présents dans les établissements publics du second degré. La densité moyenne était de 63,6 infirmières scolaires pour 100 000 élèves.

En revanche, les effectifs de médecins scolaires sont en nette diminution, avec 966 ETP en 2018 (contre 1143 en 2013, soit une baisse de 15,5 %) ce qui s'est traduit par une augmentation du nombre moyen d'élèves suivis pour dépasser les 12 500 élèves. A ces médecins titulaires s'ajoutent les médecins contractuels qui représentaient en 2018 17,4 % des effectifs de médecins (soit 6,3 points de plus qu'en 2013), avec des différences marquées entre académie, et des médecins vacataires. La densité moyenne s'établit alors à 8,4 médecins scolaires pour 100 000 élèves. Enfin, malgré les mesures de revalorisation salariale consenties, la médecine scolaire souffre toujours d'un défaut d'attractivité, avec 31 % de postes budgétaires vacants en 2018.

C - Une disparition progressive des compétences spécialisées en libéral

En plus de la médecine scolaire et de la PMI, la prise en charge de la santé des enfants fait intervenir des professionnels de santé spécifiques.

Comme dans la majorité des pays étrangers[128], il existe une spécialité médicale propre aux enfants, la pédiatrie, qui est sanctionnée par l'obtention du diplôme d'études spécialisées de pédiatrie depuis 1947, deux spécialités chirurgicales pédiatriques – l'orthopédie et la chirurgie viscérale et urologique, et des sur-spécialités comme pour l'ophtalmologie pédiatrique. Ces dernières sont essentiellement présentes dans les grands centres hospitaliers universitaires (CHU), les enfants étant ailleurs pris en charge par les spécialistes pour les adultes.

[128] Voir annexe 4 sur les comparaisons internationales.

L'offre hospitalière est elle aussi spécialisée avec des établissements de santé publics spécifiques dans certaines grandes villes comme à Toulouse avec l'hôpital des enfants ou à Paris avec Necker, des services de pédiatrie ou d'urgences pédiatriques, et des professionnels de santé propres aux enfants comme les infirmiers de puériculture.

1 - Une évolution contrastée de la pédiatrie, caractérisée par un déclin de l'exercice libéral

La France compte en 2021 8 591 pédiatres parmi lesquels 53,6 % sont salariés hospitaliers, et 40 % ont un exercice libéral (24,2 %) ou mixte (12,8 %), soit une augmentation de 9,7 % depuis 2015 au rythme annuel moyen de 1, 6 %. Cette croissance démographique est due à la hausse du nombre de postes offerts à l'internat, qui est passé de 196 en 2004 à 328 en 2020, à la cessation d'activité plus tardive et à l'installation d'environ 60 pédiatres à diplôme étranger par an. Malgré cette augmentation générale qui ne tient pas compte de l'évolution du temps de travail, la France se situe à la 22ème place sur 31 au sein des pays de l'OCDE en termes de densité de pédiatres avec 73,9 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans.

Cette démographie dynamique masque cependant une évolution très contrastée en fonction des modes d'exercice. L'exercice libéral exclusif a diminué de 7,6 %, depuis 2015, soit plus que pour l'ensemble des spécialités médicales. Cette tendance devrait se poursuivre puisque 44 % des pédiatres libéraux ont plus de 60 ans en 2020. Ce déclin s'explique non seulement par la fixation à moins de 200 des places à l'internat de pédiatrie avant d'augmenter à partir de 2009, et le caractère hospitalo-centré de la formation, mais aussi par la faiblesse relative des revenus en libéral et la crise identitaire que traverserait, selon l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), les pédiatres libéraux.

A contrario, la pédiatrie hospitalière connaît une croissance dynamique (de 16,4 % depuis 2015), tirée, selon l'Igas, par la sur-spécialisation et le développement d'expertises dans la prise en charge de la prématurité et des maladies rares ou chroniques chez les enfants Cette spécialisation accrue se retrouve dans la maquette de formation des internes en pédiatrie, issue de la réforme du 3ème cycle des études médicales de 2017[129].

C'est surtout l'exercice mixte qui a le plus augmenté, avec une évolution de 29,4 % sur la période, ce qui montre l'intérêt des nouvelles générations pour ce type d'exercice d'autant que l'âge moyen de 49,7 ans est inférieur à celui des pédiatres libéraux (54,3 ans) ou des pédiatres salariés ailleurs qu'à l'hôpital (57,5 ans).

Selon le modèle de projection de la Drees, qui repose sur des hypothèses fortes de comportement et de législation inchangés, l'augmentation des effectifs de pédiatres devrait

[129] La durée du troisième cycle a été allongée d'une année (de 4 à 5 ans), conformément aux recommandations européennes : 1 an de phase socle (avec 2 stages en pédiatrie, 1 en pédiatrie générale, 1 en urgences pédiatriques et 1 en néonatologie) ; 3 ans de phase d'approfondissement (avec 1 stage en pédiatrie générale, 1 en néonatologie, 1 en urgences pédiatriques ou réanimation pédiatrique ou Smur, 1 sur la prise en charge des troubles du développement ou de la croissance, et 2 libres dont un pouvant être exercé en libéral), puis une phase de consolidation d'un an. Des options (au nombre de 4) et des formations spécialisées transversales (au nombre de 11) conduisant à la reconnaissance de surspécialités ont été créées.

s'accélérer à compter de 2025 alors que le nombre d'enfants a diminué compte tenu de la baisse de la natalité.

Dès lors, dans un contexte de diminution des effectifs de pédiatres libéraux, et de fragilité des services de PMI, la prise en charge des enfants est majoritairement assurée par les médecins généralistes. Ceci soulève une double difficulté : d'une part, celle de la formation des médecins généralistes et d'autre part celle de leurs effectifs. En effet, selon les projections actualisées de la Drees, le nombre de médecins généralistes va continuer à diminuer plus longtemps que les autres médecins jusqu'en 2026, et ensuite augmenter plus faiblement, alors que les besoins en soins vont augmenter compte tenu de la croissance de la population et de son vieillissement. Le niveau de densité standardisée diminuerait ainsi jusqu'en 2035, limitant de fait la possibilité d'une prise en charge accrue des enfants par les médecins généralistes.

2 - Les auxiliaires médicaux : des compétences complémentaires, mais partiellement remboursées par l'assurance maladie obligatoire en ville

En plus des médecins et des sages-femmes qui interviennent parfois auprès des enfants jusqu'à leur 28ème jour, certains auxiliaires médicaux exercent une activité nettement orientée vers les enfants comme les orthophonistes, les orthoptistes (5 863 en 2021, soit une hausse de 40 % depuis 2015) ou les psychomotriciens et ergothérapeutes, ces deux dernières catégories exerçant majoritairement à l'hôpital ou dans des structures.

En particulier, les orthophonistes dont la patientèle est composée majoritairement d'enfants de moins de 15 ans ont vocation à jouer un rôle accru dans le dépistage et la prévention auprès des enfants, selon l'avenant n°16 à leur convention, signé le 18 juillet 2017. Leur effectif a augmenté de 17,5 % depuis 2015 au rythme annuel moyen de près de 2,7 %, pour atteindre 27 642 en 2021, dont 80,7 % exercent en libéral ou mixte. Leur exercice salarié en structure de type CAMPS ou PMI augmente aussi, soulignant l'intérêt d'une prise en charge coordonnée et précoce.

Les psychomotriciens (15 377 en 2021, en hausse de 50 % depuis 2015) et les ergothérapeutes (14 548 en 2021, en hausse de 50 % depuis 2015) sont deux professions de santé, définies par le CSP, mais n'ayant pas de convention avec l'assurance maladie. Leur exercice en libéral a cependant doublé pour les psychomotriciens et presque triplé pour les ergothérapeutes, ce qui pose la question de l'accessibilité financière à ces soins.

Le cas particulier des infirmiers de puériculture

En 2021, il y a 23 679 infirmiers de puériculture (soit 24 % de plus qu'en 2015) qui exercent majoritairement à l'hôpital (62 %) ou en structures de type PMI, crèches, ou centres d'action médico-sociale précoce (32 %). Ce type d'exercice connaît une augmentation plus rapide que l'exercice hospitalier, au rythme annuel moyen de 4,2 % depuis 2015 (contre 3,4 %). L'exercice libéral reste très minoritaire, autour de 5 %, en raison de l'absence d'inscription dans la nomenclature des actes spécifiques de puériculture.

Comme l'a souligné l'Igas, la prise en charge des enfants par les auxiliaires médicaux suppose des compétences, et donc une adaptation de leur formation, et une valorisation

financière adaptée de la part de l'assurance maladie obligatoire, ce qui transparait déjà dans les derniers avenants conventionnels[130].

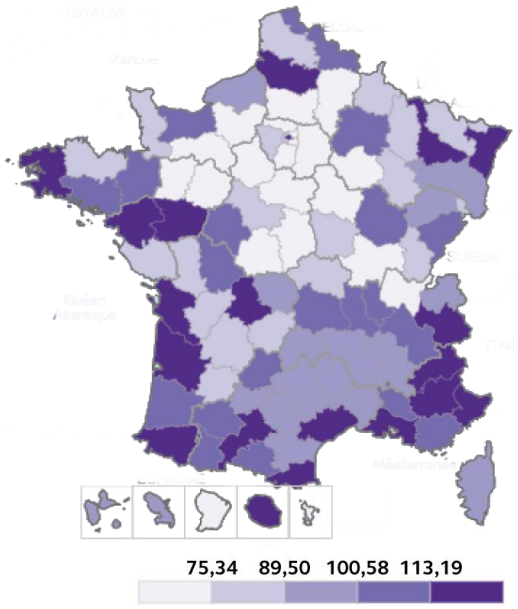
⁂

Alors que la co-existence de plusieurs professions de santé compétentes dans la prise en charge de la santé des enfants, qu'il s'agisse de prévention ou de soins, aurait pu pallier des difficultés d'accès dans certains territoires, elles ont tendance à se cumuler comme l'illustre la juxtaposition des cartes suivantes de densité départementale, dans un contexte de fortes tensions sur la démographie médicale.

Malgré des mesures d'attractivité prises en faveur de la santé scolaire et de la PMI, et d'incitation pour l'installation des médecins dans certaines zones, les disparités territoriales se sont creusées sans que les équilibres entre territoires les moins dotés et les mieux dotés ne se soient vraiment modifiés.

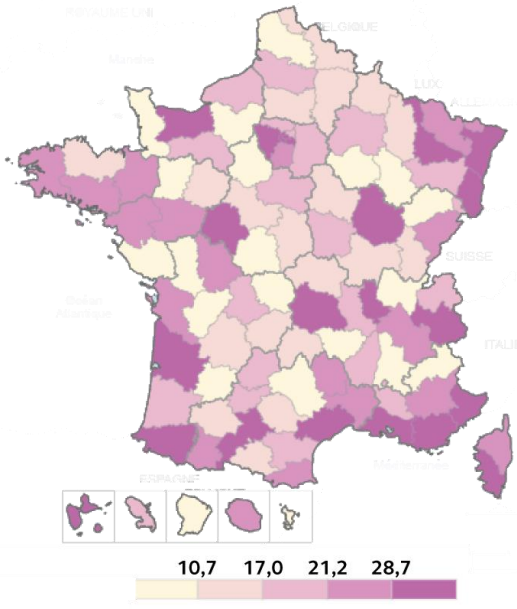
Carte n° 11 : densités départementales des différents professionnels de santé

Densité de médecins généralistes (libéraux et mixtes) pour 100 000 habitants (2021)



Source : Données Drees – Exploitation Cour des Comptes

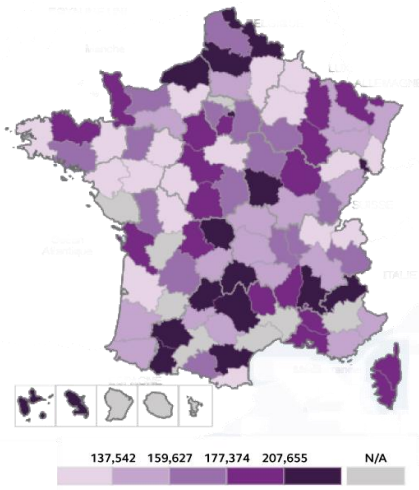
Densité de pédiatres (libéraux et mixtes) pour 100 000 enfants de moins de 15 ans (2021)



Source : Données Drees – Exploitation Cour des Comptes

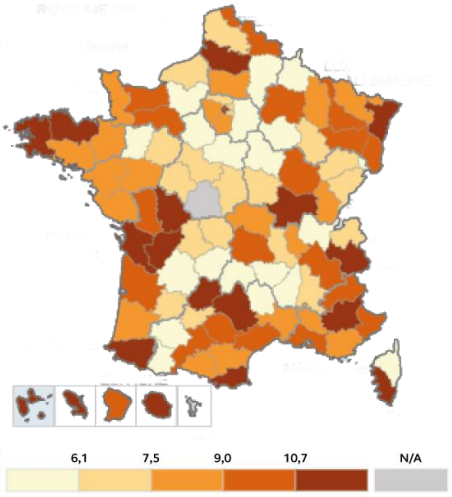
[130] Majoration conventionnelle pour la prise en charge par les infirmiers des enfants de moins de 7 ans (majoration MIE) dont le montant est fixé à 3,15 € par séance depuis le 1er janvier 2020 (avenant 6 à la convention nationale des infirmiers publié au Journal Officiel en juin 2019). Pour les orthophonistes, valorisation de la prise en charge des enfants de 3 à 6 ans avec une valorisation de 0,5 point (AMO 12,6) pour les actes de rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral et création d'une majoration conventionnelle de 6 € pour les actes de rééducation destinés aux enfants de moins de 3 ans qui s'ajoute à l'acte (avenant 16 à la convention nationale publié au JO le 26 octobre 2017).

Densité de professionnels de PMI (en ETP) pour 100 000 enfants de moins de 6 ans (2019)



Source : Données Drees – Exploitation Cour des Comptes

Densité de médecins scolaires (en ETP) pour 100 000 enfants scolarisés (2018-2019)



Source : Données DEPP – Exploitation Cour des Comptes

Note : Médecins, infirmières et infirmières puéricultrices

II - Mettre la prévention au cœur de l'approche de la santé des enfants

Dans ses deux rapports de 2011 consacrés aux inégalités sociales de santé[131], l'Igas a proposé une approche globale qui invite à ne pas réduire la question des inégalités sociales de santé à celle des inégalités d'accès à la prévention et aux soins ni à celle des difficultés inhérentes aux populations socialement vulnérables. Elle invitait alors à agir sur l'ensemble des déterminants de santé, par des politiques renouvelées notamment en matière de soutien à la parentalité, d'école comme lieu de santé, d'accueil du jeune enfant et d'amélioration de l'habitat privé. Il s'agissait de considérer la santé, non plus comme une absence de maladie, mais comme une ressource.

Adopter une telle approche de la santé invite à mettre la prévention au cœur de la politique globale de santé des enfants, afin non seulement de renforcer la promotion de la santé à destination des enfants et de leurs parents, mais aussi de garantir l'effectivité des dépistages aux âges clés ce qui suppose d'allouer des moyens humains et financiers à la hauteur des enjeux de la prévention. Investir davantage dans la prévention pour les enfants devrait alors constituer une priorité pour réduire les inégalités de santé, améliorer leur état de santé actuel et futur, et limiter ainsi les dépenses évitables.

[131] Igas, *Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action* et Igas, *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant*, mai 2011.

A - Renforcer la promotion en santé à destination des enfants et de leurs parents

La stratégie nationale de santé, le plan priorité prévention, et la feuille de route relative aux 1 000 premiers jours traduisent une volonté politique d'intégrer l'objectif de la réduction des inégalités de santé dans la politique de santé, par le renforcement des interventions précoces afin d'intervenir sur les déterminants sociaux avant qu'ils n'influent défavorablement sur la santé des enfants. Cette politique doit être davantage énoncée, structurée, outillée, communiquée, déclinée et évaluée pour gagner en efficacité. Elle impose aussi de privilégier le bon niveau d'action pour mieux articuler les trois principaux axes de la promotion de la santé : la prévention, l'éducation à la santé et la protection.

La promotion de la santé et le développement de la prévention passent d'abord par une meilleure information des parents et une plus grande lisibilité des ressources à leur disposition. Or, la faiblesse des taux de réalisation des examens obligatoires et des vaccinations et des taux de retour des certificats de santé plaident pour un renouvellement des modalités de sensibilisation tant des parents que des professionnels. De même, le recours inadapté aux urgences souligne le besoin d'informations et de réassurance des parents.

Ainsi, la feuille de route relative aux 1 000 premiers jours fait du soutien à la parentalité une priorité, en structurant le parcours autour d'étapes clés, afin d'informer les futurs parents et d'organiser, le cas échéant, un accompagnement très en amont de la naissance. Le point d'entrée dans ce parcours est l'entretien prénatal précoce du quatrième mois, qui a été rendu obligatoire depuis le mois de mai 2020, mais dont le taux de couverture est très inégal.

La DGCS, épaulée par la direction du numérique (DNum), a développé une application numérique accessible depuis juillet 2021. Elle doit permettre aux parents de mieux identifier les ressources disponibles face à la pléthore de solutions numériques et de sites proposés[132] par les partenaires institutionnels, les organismes publics spécialisés ou les acteurs du secteur privé. Cette application doit renforcer la connaissance par les parents des sites officiels, comme « Agir pour bébé » développé par Santé publique France (renommé « 1000 premiers jours ») et « Mon enfant » développé par la Cnaf. Son développement aurait gagné à être coordonné avec le projet de dématérialisation du carnet de santé. Si l'objectif de meilleure lisibilité est louable, le choix des pouvoirs publics de développer une nouvelle application met à mal la volonté de simplification.

Le carnet de santé joue, en effet, un rôle central et ancien en matière d'information et d'éducation des parents. C'est à la fois un outil de suivi du développement et du parcours de santé de l'enfant, un support des principaux messages de prévention pour les parents (calendrier de vaccination, conseils alimentaires, etc.) et un moyen de communication entre les familles et les professionnels de santé, comme le soulignait le HCSP dans son avis de mai 2016[133]. Il est régulièrement mis à jour[134] pour tenir compte des évolutions scientifiques et sociétales, des nouvelles recommandations et de l'identification de nouveaux risques. Selon le HCSP, il existe un large consensus sur l'utilité de ce document même si les familles ne se l'approprient sans

[132] Dont un grand nombre est soutenu par la DGCS à hauteur d'1 M€ en 2020.
[133] Avis relatif à la refonte du carnet de santé de l'enfant, HCSP, 25 mai 2016.
[134] Dernière mise à jour le 1er avril 2018, après prise en compte des recommandations du HSCP en 2016.

doute pas assez, en renseignant par exemple des informations telles que l'âge de la marche, et en oubliant parfois de le présenter. Passée la petite enfance, l'utilisation de ce carnet de santé semble moins systématique. C'est pourquoi le HCSP plaidait non seulement pour poursuivre la réflexion sur sa dématérialisation afin de le rendre plus interactif et attractif, mais aussi pour accompagner sa refonte d'une campagne de communication sur son intérêt.

B - L'école, lieu de diffusion des messages de prévention et de promotion de la santé

L'école est identifiée comme lieu majeur[135] de prévention et promotion de santé par la stratégie nationale de santé dans la mesure où les enfants et adolescents passent plus de 40 % de leur temps d'éveil à l'école.

1 - L'école promotrice de santé

Mesure phare du plan Priorité prévention, l'école promotrice de santé repose sur une approche transversale prenant en compte toutes les dimensions de la vie à l'école : gestion du temps et des espaces, qualité et modalités des relations interpersonnelles, acquisition des compétences sociales et personnelles des élèves lors des enseignements et des temps hors classe. Elle œuvre à l'amélioration de la santé, à la promotion des comportements favorables à la santé auprès des élèves et des personnels, mais aussi au développement des compétences psycho-sociales grâce à l'école.

Dans son rapport sur la médecine scolaire[136], la Cour a relevé, qu'en dépit de son inscription dans la loi, cette mission d'éducation à la santé était reléguée au second rang, les enseignants ne se l'étant pas encore appropriée. La promotion de la santé des élèves porte encore trop souvent sur les seuls personnels de santé, les infirmiers étant plus engagés.

2 - Le parcours éducatif en santé

La promotion de la santé en milieu scolaire s'appuie sur la mise en œuvre du parcours éducatif de santé, instauré par la loi pour la refondation de l'école de la République, et réaffirmé par la loi de modernisation de notre système de santé. Ce parcours s'étend de la maternelle jusqu'au lycée afin de développer les compétences psychosociales de l'enfant en lien avec le socle commun de connaissances, de compétences et de culture, et avec les enseignements. Il s'agit de lui permettre de faire des choix éclairés en matière de santé et d'exploiter ses facultés intellectuelles et physiques en ayant confiance en sa capacité à réussir et à progresser.

Ce parcours éducatif de santé a été mis en œuvre à la rentrée 2016, pour tous les niveaux scolaires, de la maternelle au lycée, et accompagné par la diffusion d'un guide destiné aux équipes pédagogiques et éducatives en 2017 et par un important dispositif de formation continue. Bien que la convention cadre signée entre les ministères des solidarités et de la santé et de l'éducation nationale mette l'accent sur le parcours de santé des enfants de 0 à 6 ans, et

[135] Les enfants et adolescents scolarisés passent plus de 40 % de leur temps d'éveil à l'école.
[136] Cour des comptes, *Les médecins et les personnels de santé scolaire*, rapport précité, avril 2020.

ait été déclinée dans chaque région, la mise en œuvre de ce parcours est très hétérogène. Ceci s'explique en partie par la gestion de crise sanitaire qui a toutefois pu être propice au rapprochement des institutions, proximité qui devrait faciliter la relance de la dynamique.

3 - Le recours aux associations et aux étudiants du service sanitaire en santé

Comme souligné par la Cour dans son rapport d'avril 2020, l'éducation nationale s'en remet encore beaucoup aux intervention d'associations extérieures ainsi qu'au service sanitaire en santé, institué par décret en 2018[137]. L'instauration d'un service sanitaire pour tous les étudiants en santé s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé. Il permet de diffuser, partout sur le territoire, des interventions de prévention conduites par des étudiants. Il porte en particulier le double objectif de déployer des actions de prévention et de promotion de la santé auprès des enfants et jeunes scolarisés, et d'initier ainsi tous les futurs professionnels de santé aux enjeux de la prévention. Les expériences analogues menées dans d'autres pays à moindre échelle montrent l'efficacité de ces interventions sur l'acquisition par les étudiants de compétences, promesse d'une transformation de long terme de l'action des professionnels de santé.

Après deux ans de mise en œuvre, ce service sanitaire est très apprécié des professionnels de l'éducation nationale, en particulier dans le premier degré, dès lors que l'action s'intègre au projet d'école ou d'établissement, que les étudiants sont accompagnés par la structure accueillante et par leurs organismes de formation, et qu'ils bénéficient d'une formation initiale solide sur la promotion de la santé.

Eu égard à la faible implication des médecins scolaires et à celle variable des infirmiers scolaires, et au recours important à des associations, la définition des priorités en matière de promotion et de prévention de la santé pourrait être confiée à l'ARS dans le cadre du PRS et de la convention de partenariat avec le rectorat. Les priorités en termes de thématiques et de publics (établissements, classes, etc.) seraient définies en étroite articulation entre l'ARS et le rectorat, dans le cadre des instances de gouvernance régionale de santé, afin de s'assurer de la bonne intégration de ces interventions dans les projets pédagogiques des établissements et des classes. Le pilotage opérationnel des interventions resterait du ressort du rectorat, mais s'inscrirait dans un dialogue renforcé avec l'ARS pour examiner la réalité des recours aux associations et la portée effective de leurs actions. Ceci devrait s'accompagner d'une mise en cohérence des modalités de sélection des associations et des différentes sources de financement avec les priorités identifiées dans le cadre de la contractualisation unique ARS/PMI/assurance maladie/ éducation nationale, et d'un suivi renforcé de l'efficacité des actions menées en s'appuyant sur leur évaluation.

[137] Décret n° 2018-472 du 12 juin 2018 et arrêté du 12 juin 2018 relatifs au service sanitaire des étudiants en santé.

C - Investir davantage dans la prévention en termes humains et financiers

1 - Réserver une part des dépenses à la prévention et la promotion de la santé

Augmenter la part des dépenses consacrées à la prévention en santé des enfants est un investissement social. Même si les projets français de recherche et d'évaluation[138] restent encore insuffisamment nombreux, les travaux de James Heckman[139], prix Nobel d'économie, et spécialiste du capital humain, ont mis en évidence, dès 2000, les bénéfices d'une action médico-sociale précoce. Le faible pourcentage des dépenses de santé des enfants par rapport aux dépenses totales, laisse une marge de manœuvre pour consacrer un montant plus important à la prévention.

À un niveau plus fin, la part des rémunérations en libéral liées à une approche globale ou à une démarche de prévention reste faible. Le financement des professionnels de santé reste majoritairement construit sur le principe d'une rémunération à l'acte. L'introduction d'une rémunération sur objectifs de santé publique constitue une avancée en matière d'incitation des professionnels à agir en matière de prévention ; elle reste néanmoins encore trop marginale dans la rémunération totale pour constituer un réel levier.

Les expérimentations article 51 liant financement forfaitaire et prise en charge et un accompagnement coordonné en équipe pluridisciplinaire ouvrent la voie à une évolution de ces financements accompagnant une articulation repensée des interventions des professionnels.

2 - Conforter la compétence pédiatrique généraliste

Répondre aux enjeux en matière de prévention en santé de l'enfant nécessite de disposer de ressources médicales et paramédicales formées. La pédiatrie propose une prise en charge globale de l'enfant et de l'adolescent, dans leur environnement affectif, scolaire et socio-culturel. Le pédiatre libéral, en particulier, appréhende l'enfant dans sa globalité et peut proposer un accompagnement médico-psycho-social de la croissance d'un être en développement.

Le maintien d'une compétence pédiatrique généraliste est essentielle, en ville, qu'elle soit exercée par un médecin libéral, dans un centre de santé ou dans un service de PMI, ou à l'hôpital, comme le soulignait déjà le rapport Sommelet[140]. Si les projections démographiques des médecins sont orientées à la baisse jusqu'en 2024-2025 environ, les effectifs totaux sont appelés à augmenter sous l'effet du desserrement du *numerus clausus* dans un premier temps et ensuite du passage au *numerus apertus*. La question est alors celle du choix de la spécialité par les étudiants en médecine au moment des épreuves classantes nationales et ensuite de leur

[138] À titre d'exemple, le programme Panjo (promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents), mis en œuvre par Santé publique France doit évaluer les bénéfices d'un dispositif d'interventions renforcées à domicile et d'un dispositif de soutien à la qualité des pratiques préventives des professionnels de PMI.
[139] J Heckman, *Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children*, Science 2006
F. Cambell, G Conti, J Heckman et coll., *Early Childhood Investments Substantially Boost Adult Health*, Science 2014
[140] Danièle Sommelet, *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé,* rapport au ministre de la santé, octobre 2006. Après avoir dressé un tableau d'ensemble de la santé des moins de 18 ans, ce rapport soulignait déjà l'absence d'une politique globale de prévention, d'éducation, de soins de l'enfant et de l'adolescent.

secteur d'exercice à l'issue de leurs études. Ceci renvoie non seulement aux modalités de détermination des places aux épreuves classantes nationales (ECN), à partir de la définition des besoins en santé et des capacités de formation (théorique et surtout en stage), mais aussi au contenu des maquettes pédagogiques et à la diversité des terrains de stage proposés..

Renforcer la politique de santé de l'enfant et l'orienter vers plus de prévention nécessitent par conséquent de mieux valoriser la compétence pédiatrique généraliste, qu'elle soit exercée par un pédiatre ou par un autre médecin formé de façon approfondie et adaptée aux spécificités de la santé de l'enfant et de son développement. Une telle évolution de la formation initiale et continue implique une réflexion à part entière, dans une démarche conjointe associant les départements universitaires pédiatriques et généralistes, et s'inscrivant dans la perspective de la recertification périodique des compétences.

III - Réorganiser la prise en charge de la santé des enfants

Afin de lutter dès le plus jeune âge contre les inégalités sociales et territoriales de santé, il est certes important d'adopter une politique de santé aux priorités partagées entre les acteurs institutionnels et au pilotage resserré, et en mettant l'accent sur la prévention, y compris en termes de financement. Toutefois, cette réorientation des priorités, souvent affichée par les pouvoirs publics sans jamais être portée dans la durée, ne pourra porter ses fruits sans une évolution des modes d'organisation en ville, reposant en particulier sur une revalorisation du rôle du médecin traitant de l'enfant et de sa mission préventive, sur une inscription plus nette dans une démarche pluriprofessionnelle et sur une gradation des soins par un meilleur maillage territorial.

En effet, la démographie des professionnels de santé des enfants, en particulier des médecins, qui se caractérise par une diminution des effectifs, du temps disponible et une inégale répartition géographique, est un aiguillon pour agir afin de pouvoir répondre aux besoins de santé des enfants et d'accompagnement de leurs parents. Il s'agit de mieux allouer, autour de priorités plus lisibles et davantage pilotées, des ressources trop dispersées. La lisibilité de l'offre en matière de prévention, de suivi et d'accompagnement des enfants serait ainsi améliorée pour les professionnels comme pour les parents.

A - Réaffirmer l'importance du médecin traitant de l'enfant

Instauré par la loi de modernisation de notre système de santé en 2016[141], le médecin traitant de l'enfant connaît une montée en charge régulière, mais qui ne concerne que 50 % de des enfants de moins de 16 ans . Son rôle en matière de prévention tant à travers la réalisation des examens obligatoires et de la vaccination que par la délivrance de conseils et de messages de prévention, et de suivi au long cours de la santé et du développement des enfants est pourtant central et appelé à se renforcer. C'est pourquoi il est proposé de le conforter dans sa mission d'organisation du parcours de santé des enfants en encourageant l'exercice coordonnée et pluriprofessionnel et la délégation d'actes à des auxiliaires médicaux.

[141] Art. L. 162-5-3 du CSS.

1 - Accélérer la diffusion du dispositif « médecin traitant de l'enfant »

Le médecin traitant pour les enfants âgés de moins de 16 ans a pour missions spécifiques, au-delà de son rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins, de veiller au bon développement de l'enfant et à la bonne réalisation du calendrier vaccinal, d'assurer le dépistage des troubles du développement au cours notamment des examens obligatoires, de proposer une prévention adaptée aux divers âges, y compris par des conseils aux parents sur l'hygiène ou la nutrition, et de soigner les pathologies aigües ou chroniques. Peut être désigné médecin traitant de l'enfant un médecin généraliste, un pédiatre ou un autre spécialiste, qu'il exerce en ville, à l'hôpital ou dans un centre de santé, mais pas en PMI.

Comme il s'agissait, selon l'exposé des motifs et l'étude d'impact de la loi, uniquement d'inciter les parents à faire suivre régulièrement leur enfant par un médecin afin de pouvoir déployer des actions de prévention en complément des examens obligatoires et des vaccinations, et de mieux structurer le parcours, il n'y a pas eu de transposition des obligations et sanctions liées au non-respect du parcours de soins coordonné pour les adultes[142].

Depuis 2017, le nombre de médecins traitants de l'enfant a augmenté de près de 31 %, passant de 44 250 à 57 846 médecins déclarés en décembre 2020, et celui d'enfants de moins de 16 ans ayant un médecin traitant a presque triplé pour atteindre plus de 6,1 millions (sur un total de 12,2 M d'enfants de moins de 16 ans). Les médecins traitants déclarés sont très majoritairement des médecins généralistes puisqu'ils représentent 92,5 % des médecins traitants (4,2 % pour les pédiatres) et assurent le suivi de plus de 87 % des enfants ayant déclaré un médecin traitant (11,6 % pour les pédiatres). La déclaration du médecin traitant de l'enfant est donc très concentrée sur certains professionnels malgré la tendance à l'augmentation des effectifs de médecins et d'enfants. Ceci souligne l'importance d'une campagne d'information à destination des parents et des médecins pour accompagner la montée en puissance de ce dispositif.

L'avenant n° 1 à la convention médicale, signé le 30 décembre 2016, a précisé les mesures conventionnelles relatives à la rémunération sur objectifs de santé publique du médecin traitant de l'enfant. Entrée en vigueur en 2017, la ROSP repose sur dix indicateurs, ayant vocation à orienter la pratique médicale pour en améliorer la qualité : deux concernent le suivi des pathologies chroniques (asthme en fonction de sa gravité) pour 70 points, et huit la prévention pour 205 points. La rémunération associée s'élevait à 10,2 M€ en 2019[143], avec des différences notables entre médecins généralistes et pédiatres (les premiers ayant perçu en moyenne 200€ et les seconds 881€) et les départements d'exercice. À La Réunion, la ROSP moyenne versée en 2019 était de 164 €, elle était de 324 € en Seine-St-Denis (avec 965€ en moyenne pour les pédiatres et 291€ pour les généralistes) et de 3 435€ pour les généralistes et 1 204€ pour les pédiatres dans les Flandres.

Si les indicateurs évoluent globalement de façon favorable depuis 2016, leur définition reste perfectible pour suivre la réalité des prises en charge et des actions de prévention. En effet, trois indicateurs sont purement déclaratifs alors qu'ils concernent des dépistages importants : celui de l'obésité par un suivi des courbes d'IMC (en renseignant une fois par an la courbe dans le carnet de santé), et ceux des troubles sensoriels et de l'apprentissage avant l'entrée en école

[142] Notamment : obligation de consulter le médecin traitant avant un autre médecin, sauf spécialité en accès direct et urgence, sous peine d'avoir un moindre remboursement des frais engagés.
[143] Ce montant est estimé à 11,1 M€ pour 2020.

primaire. D'autres font intervenir d'autres professionnels sans qu'il y ait nécessairement eu un repérage ou une orientation par le médecin traitant comme pour l'examen bucco-dentaire, ou les dépistages des troubles sensoriels et de l'apprentissage.

À terme, il pourrait être intéressant de rendre ce dispositif obligatoire comme pour les adultes afin d'inciter non seulement les parents mais aussi les médecins, quelle que soit leur spécialité.

À défaut de rendre obligatoire la désignation d'un médecin traitant sous peine de moindre remboursement par l'assurance maladie obligatoire, certains dispositifs conventionnels ou de revalorisation tarifaire pourraient être conditionnés à la désignation comme médecin traitant du patient, en particulier pour la tarification des examens obligatoires en consultation complexe. Une telle évolution ne serait pas incompatible avec le maintien d'un accès direct aux pédiatres libéraux, comme pour les ophtalmologistes ou les gynécologues.

2 - Faciliter les délégations d'actes pour aller vers du travail aidé

Afin d'améliorer l'accès aux soins en augmentant notamment la taille de la patientèle suivie, les partenaires conventionnels ont cherché à encourager le recrutement d'un assistant médical aux missions variées par la signature de l'avenant n° 7 à la convention médicale en juin 2019.

Le bilan réalisé lors de la commission nationale paritaire de mars 2021 témoigne cependant de la faible pénétration de ce dispositif parmi les pédiatres qui ne sont que 6 à avoir recours à un assistant médical sur 59 spécialistes et 570 médecins signataires au total. Fin septembre 2021, 42 contrats ont été signés par des pédiatres. Ce développement minoritaire s'explique par les conditions du soutien financier prévues par l'avenant conventionnel et la faiblesse des rémunérations des pédiatres qui ne permettent pas de couvrir le salaire de l'assistant. Pourtant les retours des pédiatres employant un assistant médical sont positifs dans la mesure où cette embauche s'accompagnerait d'un gain de temps médical pour le pédiatre, par un appui administratif (enregistrement des données dans le dossier médical ou le carnet de santé, facturation et encaissement ; remplissage des dossiers liés aux handicaps des enfants, etc.), la gestion de l'accueil physique et téléphonique, ou l'assistance à la consultation, ainsi que d'une amélioration du service rendu au patient et de la qualité du travail pour le médecin. Les missions pouvant être confiées à l'assistant médical sont larges et variées, mais excluent la réalisation d'actes techniques qui pourraient correspondre à des actes infirmiers (sauf si l'assistant est un infirmier) et la coordination des soins qui reste du ressort du médecin traitant. L'assistant ne peut en la matière qu'organiser administrativement le parcours par exemple par de la prise de rendez-vous.

Parmi les critères d'éligibilité pour bénéficier de cette aide conventionnelle figurent la pratique en exercice coordonné (ou l'engagement à le faire dans les deux ans), et la nécessité d'exercer dans un cabinet composé d'au moins deux médecins. Or ces deux critères limitent de fait la population éligible parmi les pédiatres libéraux qui exercent encore souvent de façon isolée. C'est par une action conjointe d'incitation à l'exercice coordonné ou regroupé et au recrutement d'assistant médical que le travail aidé pourra se développer parmi les pédiatres. En revanche, ce mode d'organisation se diffuse plus rapidement chez les médecins généralistes et pourrait utilement pallier les difficultés d'organisation liées à la prise en charge d'enfants.

Au-delà d'un exercice en binôme avec un assistant médical, les délégations d'actes ont fait la preuve de leur intérêt pour les dépistages ou dans certaines filières comme celle des soins visuels. Alors que l'arrêté du 30 janvier 2018 a explicitement inclus le suivi du développement des enfants parmi les priorités nationales en matière de protocole de coopération, les projets sont encore très peu nombreux. Les initiatives et expérimentations locales soulignent pourtant, dans un contexte de fortes tensions sur les ressources médicales spécialisées sur les enfants et de leur inégale répartition géographique l'intérêt de construire des parcours de suivi pédiatrique comportant des observations, des évaluations et des mesures effectuées par des infirmiers, des orthoptistes, des orthophonistes ou des psychomotriciens en amont ou en complément de la consultation pédagogique, sur le fondement de recommandations de bonnes pratiques et d'une évaluation de ces parcours par la Haute autorité de santé.

B - Garantir la réalisation des examens obligatoires

Si la valeur ajoutée des examens obligatoires et des dépistages aux âges clés du développement des enfants pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé et maintenir le capital santé des enfants est largement admise[144], la faiblesse de leur réalisation (cf. chapitre II) invite à repenser leurs modalités pratiques. Plusieurs pistes complémentaires sont envisageables en plus du renforcement de la communication à l'égard des parents et des professionnels sur leur importance.

La première consiste à revaloriser leur tarification sur la base d'une consultation complexe à 46 €, et à simplifier leur cotation pour permettre une véritable traçabilité dans le Sniiram, et ainsi pouvoir en faire un élément de dialogue dans le cadre des campagnes annuelles de visite des délégués de l'assurance maladie, et un nouvel indicateur de la ROSP du médecin traitant de l'enfant en substitution par exemple de celui relatif aux examens bucco-dentaires, qui dépend d'un autre professionnel de santé. Cette revalorisation, qui représenterait un montant annuel de 195 M€[145], s'accompagnerait d'une obligation de les réaliser au tarif opposable et de remplir le carnet de santé, et les certificats de santé obligatoires associés. Afin d'inciter les parents à faire pratiquer ces examens obligatoires, l'envoi d'un bon comme pour le programme M'T Dents pourrait être étendu aux 20 examens, et accompagné, le cas échéant, de campagne téléphonique de sensibilisation à destination des populations les plus précaires.

La deuxième piste repose sur une utilisation plus efficiente des ressources et des compétences médicales et paramédicales pour les réaliser. Plusieurs expérimentations ou protocoles sont en cours afin de déléguer tout ou partie de la réalisation des bilans à des auxiliaires médicaux dûment formés, comme pour les bilans de santé en école maternelle faits majoritairement par les infirmiers de puériculture de PMI. Ainsi, comme évoqué *supra*, certaines caisses primaires ont développé, depuis 2016, des actions de dépistage individuel par

[144] K. McLean K. et coll., *Screening and surveillance in early childhood health: Rapid review of evidence for effectiveness and efficiency of models*, 2014; P. Weber P. et O. Jenni, *Screening in Child Health : Studies of the efficacy and relevance of preventive care practices*, Deutsches Arzteblatt International, 2012.

[145] Cette estimation est fondée sur un taux de réalisation à 100 % des 17 examens obligatoires qui ne sont pas cotés en consultation complexe aujourd'hui.

des dentistes dans les écoles, sous réserve de l'autorisation des parents, en complément des actions collectives de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire du programme M'T Dents.

Dans le cadre des négociations conventionnelles avec les orthoptistes et les orthophonistes, l'assurance maladie devait expérimenter des dépistages des troubles visuels et de l'apprentissage en milieu scolaire, à partir de la rentrée 2020, qui ont été reportés en raison de la crise sanitaire. Comme l'a souligné la Cour[146], la convention cadre conclue en 2019 entre l'éducation nationale et l'assurance maladie fournit un cadre favorable à la réalisation de ces examens de prévention au sein des établissements scolaires et doit permettre d'explorer avec les Cpam toutes les possibilités de partenariats locaux pour faciliter l'accès aux examens de dépistage ou à un parcours de soins.

Des campagnes de dépistage, résultats des négociations conventionnelles nationales

Dans les villes de Bobigny, Nîmes et la Roche-sur-Yon, une campagne de dépistage des troubles visuels par des orthoptistes libéraux pour les enfants de petite section sera engagée à la rentrée scolaire de 2021 et une autre de dépistage des troubles du langage et de la communication par des orthophonistes libéraux pour les enfants de moyenne section.

À Toulouse, Bordeaux et Blois, c'est une expérimentation de dépistage de la scoliose par des masseurs-kinésithérapeutes qui devrait voir le jour à la rentrée scolaire de 2021 pour les enfants des classes de CM1 et de CM 2.

Ces actions de dépistage sont précédées de séquences de sensibilisation des familles et des enseignants, et suivies, si une anomalie est détectée, d'une procédure spécifique pour s'assurer du recours aux soins et de l'effectivité de la prise en charge.

Pour améliorer la réalisation des bilans de santé de la sixième année et de la douzième année en milieu scolaire, la Cour a repris dans son rapport sur les personnels de santé scolaire, des recommandations régulièrement énoncées visant d'une part à remédier au défaut d'attractivité de la profession de médecin scolaire et d'autre part à revoir les modalités d'organisation de ces examens, pour davantage s'appuyer sur les infirmiers scolaires. Toutefois, les mesures de revalorisation de la profession de médecin scolaire prises depuis déjà quelques années ne portent toujours pas leurs fruits, les effectifs de médecins titulaires ou vacataires continuant à baisser alors que les besoins et les missions augmentent. L'option d'une meilleure organisation entre infirmiers et médecins semble particulièrement complexe à mettre en œuvre dans un contexte de fortes oppositions syndicales, et au regard des décisions prises concernant les systèmes d'information de ces deux professions.

Il pourrait alors être proposé de centrer les interventions des médecins scolaires sur leur mission d'accompagnement des enfants à besoins particuliers et des équipes éducatives dans le repérage, sur signalement, des situations présentant des risques pour la réussite scolaire des élèves et de réaffirmer la mission de proximité des infirmiers dans les établissements scolaires où ils sont affectés. À cette fin, la réalisation de l'examen de la 6ème année et du dépistage de la 12ème année pourrait être confiée au médecin traitant de l'enfant, ce qui permettra de les intégrer plus clairement dans le calendrier des examens obligatoires. Se pose alors la question du lieu de

[146] Cour des comptes, *Les médecins et les personnels de santé scolaire*, communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale, avril 2020.

réalisation de ces examens en particulier pour les enfants les plus éloignés du système de santé. En fonction des évaluations des expérimentations des bilans confiés aux orthoptistes et orthophonistes libéraux dans les établissements scolaires dans le cadre des avenants conventionnels, et en s'inspirant des modalités adoptées par les services de PMI pour les examens des 3-4 ans, la réalisation de ces examens par des médecins exerçant en libéral pourrait se faire au plus près des enfants, dans les établissements scolaires afin d'amener « la ville à l'école ».

C - Développer une approche centrée sur les enfants et déclinée par territoire

L'une des mesures du plan Priorité prévention concerne la mise en place d'un parcours renforcé autour de l'enfant âgé de 0 à 6 ans faisant appel à l'ensemble des acteurs de la petite enfance, du soutien à la parentalité, de l'éducation et de la santé, avec un double objectif : d'une part assurer l'ensemble des dépistages et examens aux âges recommandés afin de garantir une prise en charge adaptée aux besoins physiques, psychiques et affectifs de l'enfant, et d'autre part d'atteindre la cible de 100 % de visites réalisées avant six ans d'ici 2020, en précisant leurs contours. Une mission a été confiée à la députée Stéphanie Rist et au docteur Marie-Sophie Barthet-Derrien[147] en 2019 pour dessiner les contours de ce parcours santé-accueil-éducation des enfants de 0 à 6 ans. À l'issue de la très large concertation menée, « il est ressorti une volonté de lever les barrières institutionnelles et parfois statutaires existantes et de structurer une gouvernance territoriale du parcours santé-éducation-accueil ».

1 - S'appuyer sur les MSP et les CPTS pour construire une réponse locale

Encourager l'exercice pédiatrique en ville, dans le cadre d'une gradation des soins, plaide pour un modèle renouvelé d'exercice, privilégiant un regroupement de compétences pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles, au service de projets de santé des enfants portés à l'échelle d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), d'une maison médicale pédiatrique ou d'une communauté professionnelle de territoriale de santé (CPTS) à laquelle sera étroitement associée la PMI.

Alors que l'exercice en groupe est plébiscité par les nouvelles générations et facilite l'installation, notamment dans des zones moins denses, et la prise en charge des soins non programmés, cette modalité d'exercice est encore peu répandue parmi les pédiatres et les professionnels de santé libéraux de l'enfant. C'est pourtant le modèle d'organisation qui prévaut dans les services de PMI. Par exemple, en Haute-Garonne, sur les 25 maisons de santé, 14 ont des actions ciblées sur les enfants, essentiellement sur la vaccination ou la prévention et la prise en charge de l'obésité, mais aucune ne compte de pédiatre. Dans l'Aveyron, aucune des 26 maisons de santé pluriprofessionnelles qu'elles soient signataires de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) ou non, n'a inscrit d'actions sur les enfants dans leur projet de santé. En effet, l'accord conventionnel interprofessionnel signé en avril 2017 ne mentionne pas explicitement les enfants, de protocole pluriprofessionnel ou de mission en santé publique en lien avec les enfants âgés de 0 à 11 ans. Pourtant, au regard des faibles effectifs de pédiatres et

[147] Stéphanie Rist et Marie-Sophie Barthet-Derrien, Rapport au Premier ministre *relatif au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de zéro à six ans*, mars 2019.

du faible nombre de médecins traitants déclarés de l'enfant, un exercice regroupé incluant des professionnels de santé spécialisés faciliterait la prise en charge des enfants dans une approche prévention et curative, y compris pour des soins non programmés, et la spécialisation de fait de certains médecins généralistes.

Instances de coordination à l'échelle d'un territoire, les CPTS offrent aux professionnels de santé l'opportunité de s'organiser pour apporter une réponse collective aux besoins de santé dans une approche populationnelle. Ces organisations sont conçues autour d'un projet de santé, à l'initiative des professionnels ; elles sont composées de professionnels de santé libéraux, d'établissements de santé et d'acteurs médico-sociaux. Elles peuvent ainsi intégrer des services ou des centres de PMI. Afin de bénéficier des financements prévus dans l'accord conventionnel, signé le 20 juin 2019, les CPTS doivent remplir des missions obligatoires et complémentaires, parmi lesquelles certaines répondent particulièrement aux difficultés identifiées dans la prise en charge de la santé des enfants : faciliter l'accès à un médecin traitant, améliorer la prise en charge des soins non programmés avec l'objectif d'obtenir un rendez-vous le jour même ou dans les 24h, mieux organiser les parcours pluriprofessionnels pour éviter les ruptures, réaliser des actions territoriales de prévention et de promotion de la santé en cohérence avec la politique nationale de santé. Malgré un objectif très ambitieux de création de 1000 CPTS d'ici fin 2022, la montée en charge est plus lente, et montre une prise en compte variable, mais globalement faible de la santé des enfants.

Afin de conforter cette dynamique, il conviendrait de rendre obligatoire l'examen des besoins de santé des enfants sur le territoire lors de l'élaboration du diagnostic territorial et du projet de la CPTS. Cela ne se traduirait pas nécessairement par des actions en faveur de la santé des enfants, qui doivent rester adaptées aux réalités locales, mais permettrait de sensibiliser les professionnels à cette catégorie de la population. On constate, en effet, que la présence de professionnels de santé ayant une part importante d'enfants dans leur patientèle a un impact direct sur la présence d'actions en faveur des enfants dans le projet de la CPTS. Ainsi, la CPTS du Nord Aveyron a choisi de travailler sur le parcours des enfants atteints de troubles de l'apprentissage en proposant un recensement des personnes ressources, des actions de formation des professionnels de santé, la mise en place de réunion de coordination pluriprofessionnelles et en se fixant des objectifs d'augmentation du nombre de bilans orthoptiques réalisés à 9 mois et à 3 ans.

La meilleure structuration de l'offre de santé à destination des enfants en ville, en incluant les services de PMI, et, le cas échéant la médecine scolaire, permettra non seulement de faciliter l'orientation entre professionnels de santé ambulatoires après un dépistage ou un diagnostic de troubles, mais aussi de renforcer la coopération avec l'hôpital, y compris pour la prise en charge des soins non programmés.

2 - Expérimenter un label « maison de santé de l'enfant »

Afin de généraliser le travail coordonné pluriprofessionnel et d'en faire la référence en matière de santé de l'enfant, il est proposé d'encourager l'identification d'un lieu unique, sorte de « maison de santé de l'enfant », offrant un cadre d'exercice souple aux différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la santé des enfants, de 0 à 11 ans.

Cette proposition figure dans le rapport relatif aux 1 000 premiers jours sous la forme d'une maison des 1 000 premiers jours, qui constituerait un pôle de ressources pour apporter une réponse globale aux besoins des parents, des bébés et des jeunes enfants. Elle est reprise et élargie dans le rapport sur le parcours santé-accueil-éducation renforcé, qui recommande de mettre en place un cadre d'intervention coordonné incluant la PMI, la médecine scolaire et les professionnels de santé libéraux pour améliorer la lisibilité des ressources en santé préventive, et dans le rapport de l'Igas. Tel est aussi l'objet de la mesure 13 annoncée lors des assises de la santé mentale et de la psychiatrie en septembre dernier qui vise à faire émerger des maisons de santé de l'enfant de 3 à 11 ans, pour sensibiliser et coordonner les acteurs de la santé mentale et physique, et pour permettre l'accueil et l'orientation des enfants et de leurs familles.

Ce regroupement en un lieu unique, qui pourrait être adossé à une structure préexistante, présente le double avantage d'être facilement identifiable pour les parents, et de pallier la faiblesse des effectifs de professionnels de santé par la mise en commun des compétences et des équipements le cas échéant, sans tenir compte des modes d'exercice. C'est aussi un élément facilitant du travail coordonné, des délégations d'actes et de la construction de parcours. À terme, chaque médecin traitant de l'enfant aurait vocation à s'inscrire dans un tel projet.

Ces lieux comme leur composition seraient définis de façon souple en fonction d'un diagnostic territorial des besoins de santé, des ressources médicales et non-médicales disponibles, des partenariats et des organisations préexistantes, comme le proposait déjà le rapport Rist. Ils pourraient être identifiés à l'issue d'une démarche de demande de labellisation, en réponse à un cahier des charges, permettant aux structures existantes d'être identifiées par les parents comme par les professionnels.

IV - Développer les outils numériques au service de la santé des enfants

La feuille de route du numérique en santé présentée en 2019[148] appuie la stratégie nationale de transformation du système de santé, « Ma santé 2022 »[149], dont une des propositions est de « *créer dès la naissance pour chaque usager un espace numérique de santé sécurisé et personnalisé lui permettant d'avoir accès à l'ensemble de ses données et services de santé tout au long de sa vie* ».

Même si les enjeux de développement des outils numériques au bénéfice de la santé des enfants sont nombreux, cette feuille de route du numérique en santé ne comporte aucun volet spécifique à la santé de l'enfant.

[148] Ministère des Solidarités et de la Santé, Dossier d'information : feuille de route stratégique du numérique en santé, mai 2019.
[149] Ministère des Solidarités et de la Santé, Dossier « Ma Santé 2022 : un engagement collectif », septembre 2018.

A - Un développement très inégal des systèmes d'information

La seule mesure relative au numérique au service de la prévention pour les enfants ou les jeunes vise le développement d'une plateforme numérique au service du bien-être des jeunes en établissement scolaire agricole dans le cadre du plan « Priorité prévention ».

Pourtant les besoins de définition d'une stratégie numérique unifiée sont importants. Le développement des systèmes d'information relatifs à la santé des enfants se caractérise par un important retard et une forte hétérogénéité, en particulier au sein des services départementaux de PMI. Le déploiement des outils métiers répond à des logiques organisationnelles en silos soit au sein des administrations, comme dans l'éducation nationale, soit entre secteurs d'activité, avec l'absence d'interfaces permettant le transfert des données et la contrainte posée par la très faible interopérabilité.

Des systèmes d'information de santé scolaire à la peine

La structuration d'ensemble des systèmes d'information à la disposition des personnels de santé scolaire reste une difficulté centrale, comme cela a été relevé dans de nombreux rapports. Leur articulation est encore d'une grande complexité, et le pilotage du schéma général perfectible. Les logiciels professionnels, distincts et non-interfaçables pour les médecins et infirmiers, sont pour certains obsolètes. Aucun lien n'est fait avec les logiciels utilisés en PMI[150]. Ce recours à des logiciels métiers cloisonnés par profession est à contre-courant de la logique de déploiement du dossier médical partagé.

Par exemple, le logiciel métier des infirmiers, Sagesse, n'est pas utilisable sur tous les postes informatiques, de sorte que des applications spécifiques ont été développées dans certaines académies. Ce logiciel devrait être remplacé d'ici septembre 2022 par un nouveau, Lien, après une phase préparatoire en 2021-2022. Ce logiciel sera théoriquement interfacé avec le logiciel des médecins.

Ce dernier, Esculape, est en fin de déploiement dans certaines académies : il semble peu probable qu'à court terme les données saisies dans ce logiciel puissent être consolidées au niveau national vu le nombre de barrières existantes aujourd'hui. En particulier, certains médecins trouvent cette application rigide et refusent même d'y renseigner les informations de santé.

Le ministère de l'éducation nationale devrait déployer prochainement un portail, Diapason, pour regrouper les différents systèmes d'information des personnels de santé scolaire.

Résultat du retard pris en la matière, la transmission des dossiers individuels des enfants suivis en PMI, y compris pour les fiches de synthèse des bilans de santé réalisés en école maternelle, à l'éducation nationale se fait toujours en format papier, ce qui est synonyme de perte de temps et de lourdes manipulations pour les deux services, dans un contexte de fortes tensions sur les effectifs. Dans le meilleur des cas, comme au sein de la PMI du Nord, la transmission repose sur une fiche de synthèse, en format PDF.

Les outils facilitant la communication entre professionnels de santé, comme la messagerie de sécurité de santé, sont rarement déployés, en particulier auprès des médecins scolaires : ceux de La Réunion n'y ont pas accès et ceux de l'académie d'Amiens depuis peu grâce aux échanges rapprochés avec l'ARS dans le cadre de la gestion de crise sanitaire. Les outils régionaux « e-parcours » destinés aux échanges entre professionnels du cercle de soins intervenant dans des

[150] Le plus utilisé dans les PMI est Horus.

situations complexes sont méconnus, et peu développés, à l'exception des expérimentations de l'article 51, comme OBEPEDIA pour la prise en charge coordonnée de patients souffrant d'obésité morbide.

Le DMP n'est pas alimenté s'agissant des données des enfants ; les informations relatives aux séjours hospitaliers des enfants sont rarement renseignées dans les carnets de santé de l'enfant.

B - Une dématérialisation des documents de suivi des enfants à la peine

Le déploiement numérique du carnet de santé de l'enfant, outil central de suivi de la santé de l'enfant, a pris du retard, tout comme celui de la dématérialisation des certificats de santé qu'il contient.

1 - Les trois certificats de santé obligatoires

Aujourd'hui, les certificats de santé des trois examens obligatoires sont remplis sur un Cerfa non dématérialise par le médecin qui doit aussi reporter ces informations dans le carnet de santé de l'enfant, et dans son logiciel métier. Il revient aux parents de renseigner les données plus administratives (souvent elles-mêmes répétitives d'un certificat de santé à l'autre). Le médecin l'envoie aux services de PMI, qui ressaisissent les informations, sauf si elles se sont dotées d'outils de lecture d'optique (comme le département de la Seine-Saint-Denis en 2016), pour transmettre à la Drees des données individuelles anonymisées.

La dématérialisation de ces certificats s'inscrit dans la stratégie nationale du numérique. Elle répond à plusieurs objectifs, en particulier celui d'améliorer l'exhaustivité et la qualité des données recueillies à des fins de suivi épidémiologique notamment, celui d'alléger la charge de saisie des établissements et des PMI, et surtout celui de raccourcir les délais d'intervention des PMI auprès des familles qui en ont le plus besoin. À La Réunion, par exemple, le contact précoce en maternité prend la forme de passages très réguliers des professionnels de PMI en maternité pour présenter les services et le cas échéant, la transmission d'une fiche de liaison.

La dématérialisation de ces trois certificats est en cours avec une mise à disposition de la plateforme nationale prévue pour la fin de l'année 2021. Le choix a, en effet, été fait d'une plateforme nationale indépendante des travaux relatifs au carnet de santé dématérialisé, mais conforme aux spécifications techniques de l'espace numérique de santé. Il reviendra alors aux logiciels métier des médecins d'organiser l'interface entre les pages du carnet de santé numérique relatives aux examens obligatoires et les certificats dématérialisés afin d'éviter une double saisie chronophage et inutile.

Alors que six maternités et PMI pilotes avaient été identifiées, un seul site pilote a été retenu par le ministère, le département des Yvelines et le GHT des Yvelines Nord, pour tester l'envoi dématérialisé du premier certificat de santé au premier trimestre 2022, les autres projets n'étant pas suffisamment avancés. Son coût total de développement est de 207 605 €. L'objectif est ensuite de dématérialiser les 2ème et 3ème certificats début 2022.

2 - Le carnet de santé de l'enfant

La loi du 24 juillet 2019 a prévu la création automatique d'un espace numérique de santé (ENS) pour tous les usagers du système de santé, sauf opposition, au plus tard en janvier 2022. À travers cet espace numérique de santé, l'usager pourra accéder à son dossier médical partagé, à une messagerie sécurisée permettant d'échanger des informations et des documents avec ses professionnels de santé, à un agenda-santé et à un catalogue de services référencés par les pouvoirs publics.

Le carnet de santé électronique de l'enfant est inclus dans cet espace numérique. C'est pourquoi, en novembre 2019, la DGS a sollicité l'agence du numérique en santé (ANS) pour définir ce que pourrait contenir un volet relatif aux données de suivi médical de l'enfant de 0 à 18 ans, avec un objectif de finalisation fin 2020. En septembre 2020, le calendrier initial a été décalé à la suite des premiers travaux exploratoires menés par la DGS, l'assurance maladie, la direction du numérique et la DNS au regard du volume de travail nécessaire.

En parallèle de cette sollicitation de l'ANS, le HCSP a été saisi par la DGS en octobre 2020 afin de formuler un avis et des propositions sur l'évolution du contenu global du carnet de santé numérique, la définition du contenu des pages à dématérialiser étant un préalable nécessaire au développement des solutions informatiques techniques. Le HCSP qui n'a pas encore formellement rendu son avis envisage de proposer un carnet de santé comportant trois parties complémentaires : le carnet de suivi de l'enfant issu du carnet actuel et intégrant le carnet de vaccination, qui sera disponible dans les premières années en version informatisée et imprimée ; un volet informatisé indépendant comportant des informations pour les parents et les grands enfants avec des renvois vers des sites d'information référencés ; et un dernier volet informatisé indépendant à destination des personnels de santé et pouvant contenir des informations textuelles.

La dématérialisation du carnet de santé de l'enfant est unanimement et impatiemment attendu tant les enjeux sont importants. Pour les usagers, il s'agit de garantir la même lisibilité que celle du carnet de santé papier, de disposer d'un support facilitant les échanges avec les professionnels de santé et d'un outil de partage d'informations entre tiers autorisés (écoles, crèches, PMI…). Les médecins attendent une simplification des modalités de renseignement du carnet de santé, à partir de leur logiciel métier, et une actualisation facilitée de son contenu et des recommandations de bonnes pratiques associées. Pour les organismes de santé publique, il s'agit surtout de recueillir plus facilement des données à des fins de veille sanitaire et de recherche.

L'intégration du carnet de santé à l'espace numérique de santé permettra de partager des données communes et non redondantes avec d'autres contenus de l'ENS. Mais, si son développement fait l'objet d'attentes unanimes, les modalités de mise en œuvre sont plus compliquées. Estimé à 25 M€, son financement n'est pas totalement établi, en particulier sur les coûts liés au pilotage et au déploiement, à l'exploitation du service et à la maintenance. La structuration de la chefferie de projet reste à préciser : la Cnam, pilote du déploiement de l'ENS, semble légitime mais sa désignation n'est pas actée. En tout état de cause, le déploiement du carnet de santé dématérialisé n'apparaît pas encore dans les actions prioritaires et financées de la mise en œuvre de l'espace numérique de santé.

« Mon espace santé » pour les enfants

Selon le schéma cible envisagé par l'assurance maladie, l'espace numérique de santé des enfants répondrait à plusieurs objectifs :

- transposer les rubriques relatives aux examens obligatoires de l'enfant qui se trouvent aujourd'hui dans son carnet de santé ; le médecin ayant à terme la possibilité de remplir ces rubriques directement depuis son logiciel métier ;

- développer des messages individualisés de prévention comme des rappels de vaccination ;

- établir, depuis les logiciels métier des médecins, un flux parallèle et anonymisé de données permettant une consolidation épidémiologique des questionnaires relatifs aux différents examens de l'enfant (avec l'accord du professionnel et du patient) ; l'envoi de certificats papiers, pour alimenter la Drees, serait dès lors totalement abandonnée.

Il conviendrait par ailleurs de s'assurer de l'interfaçage du carnet de santé dématérialisé avec le logiciel métier des soignants et les systèmes de dossiers patients informatisés hospitaliers. C'est un chantier déterminant pour renforcer le suivi coordonné de la santé des enfants, accompagner l'amélioration des pratiques professionnelles, développer une information pertinente en direction des familles et alimenter le suivi épidémiologique, que l'assurance maladie se déclare prête à conduire.

3 - Le carnet de vaccination

La dématérialisation du volet « vaccination » du carnet de santé est plus avancée. Le carnet de vaccination est déjà intégré au DMP depuis juin 2020 et figurera donc dans l'espace numérique de santé. Ce carnet pourra être alimenté par les patients et les professionnels. Cette fonctionnalité importante permettra de tracer l'ensemble des vaccinations et attestations, et devrait comporter des rappels automatiques grâce à son inscription dans l'espace numérique de santé.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Afin de lutter dès le plus jeune âge contre les inégalités sociales et territoriales de santé, il est important d'adopter des priorités partagées entre les acteurs institutionnels, en mettant l'accent sur la prévention, l'école constituant le lieu idéal de promotion de la santé auprès des enfants et des parents, et sur une réorganisation d'ensemble de la prise en charge des enfants.

Cette réorientation des priorités ne pourra porter ses fruits sans une évolution des modes d'organisation en ville, reposant en particulier sur une revalorisation du rôle du médecin traitant de l'enfant et de sa mission préventive, sur une inscription plus nette dans une démarche pluriprofessionnelle et sur la gradation des soins par un meilleur maillage territorial. En effet, la fragilité croissante des deux grands réseaux d'acteurs spécifiques, que sont la PMI et la médecine scolaire, se conjugue à la disparition progressive des compétences pédiatriques en exercice libéral. La prise en charge des enfants est alors majoritairement assurée par les médecins généralistes, dans une proportion qui augmente avec l'âge des enfants et la précarité des familles, alors même que leur formation pourrait être complétée sur les enjeux de prévention et de dépistage chez les jeunes enfants.

Réaffirmer l'importance du médecin traitant de l'enfant, qui ne concerne aujourd'hui qu'un enfant sur deux, constitue un levier pour mieux structurer le parcours de prévention et de soin de l'enfant, pour veiller au bon développement de l'enfant et à la réalisation du calendrier vaccinal et des dépistages au cours notamment des examens obligatoires, et ainsi pour proposer une prévention adaptée. Au-delà d'une éventuelle revalorisation des consultations sous réserve de contre-parties précises, le renforcement du rôle préventif du médecin traitant de l'enfant repose sur une action conjointe d'incitation à l'exercice regroupé ou coordonné et au développement du travail aidé ou des délégations d'actes, et sur le développement des outils numériques.

Afin de renforcer l'exercice pluriprofessionnel et de pallier les difficultés démographiques et l'éparpillement des ressources médicales, il est proposé d'expérimenter des lieux uniques, des maisons de santé de l'enfant. Facilement identifiables par les parents, ces lieux seraient identifiés à l'issue d'une démarche de labellisation, en réponse à un cahier des charges, et à un diagnostic territorial des besoins et des ressources disponibles.

C'est pourquoi la Cour formule les recommandations suivantes :

4. *Conforter les missions de la PMI en étendant le périmètre des actes et produits remboursés par l'assurance maladie aux conseils départementaux pour une meilleure prise en compte de l'activité réalisée (DGS, DSS, Cnam).*
5. *Confier aux ARS le pilotage et le suivi renforcé des actions de promotion de la santé menées dans les établissements scolaires par des associations dans le cadre de la contractualisation unique (SGMAS, DGESCO).*
6. *Renforcer le rôle préventif du médecin traitant de l'enfant en lui confiant la responsabilité de tous les examens obligatoires, en les revalorisant comme consultation complexe dans le cadre de cahiers des charges précis et en développant les délégations d'actes et le travail aidé (DSS, Cnam).*

7. *Reconnaître dans la NGAP des actes de puériculture afin de développer l'exercice en ambulatoire des infirmiers de puériculture aux côtés du médecin traitant de l'enfant (DSS, Cnam, HAS).*
8. *Centrer l'intervention des médecins scolaires sur leur mission d'accompagnement des enfants à besoins particuliers et celle des infirmiers sur leur mission de proximité, en confiant la réalisation des examens de la 6ème et de la 12ème années aux médecins traitants (DGS, DGESCO).*
9. *S'appuyer sur un diagnostic territorialisé des besoins en santé de l'enfant et des ressources disponibles pour construire un parcours de prise en charge (SGMAS).*
10. *Expérimenter un label de maison de santé de l'enfant regroupant, à partir des structures existantes, les professionnels de santé d'un territoire sur la base d'un diagnostic local des besoins de santé des enfants, afin d'améliorer l'accès aux soins et à l'accompagnement des enfants et encourager l'exercice pluriprofessionnel coordonné (SGMAS, Cnam).*
11. *Réaliser prioritairement l'intégration du carnet de santé dématérialisé dans l'espace numérique de santé (DGS, Cnam).*

Liste des abréviations

ACI..... Accord conventionnel interprofessionnel
ADF..... Associations des départements de France
ALD ..... Affection(s) de longue durée
AMF..... Associations des maires de France
ANS..... Agence du Numérique en Santé
ARS..... Agence(s) régionale(s) de santé
CCAM..... Classification commune des actes médicaux
CCPP..... Commission de coordination des politiques publiques
CépiDc..... Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès
CHU ..... Centre hospitalier universitaire
CLS ..... Contrat locaux de santé
Cnaf..... Caisse nationale d'allocations familiales
Cnam..... Caisse nationale d'assurance maladie
COG ..... Contrat d'objectif et de gestion
CoSEJ..... Comité pour la santé des enfants et des jeunes
Cpam..... Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM ..... Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS..... Communautés professionnelles de territoire de santé
CTS ..... Conférence territoriale de santé
DGCL..... Direction générale des collectivités locales
DGCS..... Direction générale de la cohésion sociale
DGEFP..... Délégation générale à l'Emploi et à la Formation professionnelle
DGER..... Direction générale de l'Enseignement et de la Recherche
DGESCO..... Direction générale de l'enseignement scolaire
DGESIP..... Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
DGOM..... Direction générale des Outre-mer
DGOS..... Direction générale de l'offre de soins
DGS..... Direction générale de la santé
DIRECCTE ... Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DJEPVA..... Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative
DNum..... Direction du Numérique
DPJJ ..... Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
DRAAF ..... Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt
Drees ..... Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Drom ..... Départements et régions d'outre-mer
DS..... Direction des sports

DSS ..... Direction de la sécurité sociale
ECN..... Epreuves classantes nationales
Elfe..... Etude longitudinale française dans l'enfance
EFS..... Etablissement français du sang
ENNS ..... Étude nationale Nutrition-Santé
ENP ..... Enquête nationale périnatale
ENS ..... Espace numérique de santé
ETP..... Équivalent temps-plein
Fdep..... *French DEPrivation Index*
FIR ..... Fonds d'intervention régional
Fnors..... Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
FNPEIS ..... Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire
HAD..... Hospitalisation à domicile
HAS..... Haute autorité de santé
HBSC ..... *Health-behaviour in schoold-aged children survey*
HCFEA..... Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
HCSP..... Haut conseil de la santé publique
Igas..... Inspection générale des affaires sociales
Inca..... études Individuelles Nationales des Consommations Alimentaires
Ined..... Institut national d'études démographiques
Insee ..... Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm..... Institut national pour la santé et la recherche médicale
IOTF..... International Security Taskforce
IRD..... Institut de recherche pour le développement
Iren ..... Institut régional d'éducation nutritionnelle
MCO..... Médecine-chirurgie-obstétrique
MSP..... Maison de santé pluri-professionnelle
NGAP..... Nomenclature générale des actes professionnels
OCDE..... Organisation de coopération et de développement économique
OMS..... Organisation mondiale de la santé
Ondam..... Objectif national des dépenses d'assurance maladie
Optam..... Option de pratique tarifaire maîtrisée
ORS..... Observatoire régional de la santé
Pfidass ..... Plateforme d'intervention départementale d'aide à l'accès aux soins et à la santé
PMI..... Protection maternelle et infantile
PMSI ..... Programme de médicalisation des systèmes d'information
Prado ..... Programme de retour à domicile
PRS..... Programme régional de santé
REP ..... Réseau d'enseignement prioritaire
ROR ..... Rougeole-oreillons-rubéole
ROSP..... Rémunération sur objectifs de santé publique
SGMAS..... Secrétariat général des ministères sociaux

SMUR ..... Structure mobile d'urgence ou de réanimation
SNDS ..... Système national des données de santé
Sniiram ..... Système national inter-régimes de l'assurance maladie
SPF ..... Santé publique France
TSLA ..... Troubles spécifiques du langage et des apprentissages
TND ..... Troubles du neuro-développement
UNAF ..... Union nationale des associations familiales
UFSBD ..... Union française pour la santé bucco-dentaire

Annexes

Annexe n° 1 : échange de courriers entre le Premier président et la présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale....114
Annexe n° 2 : liste des membres du comité d'accompagnent....116
Annexe n° 3 : liste des personnes rencontrées....117
Annexe n° 4 : comparaisons internationales....127
Annexe n° 5 : un état de santé des enfants en France globalement dans la moyenne des pays européens....139
Annexe n° 6 : la cohorte d'enfants Elfe....151
Annexe n° 7 : les dépenses de santé des enfants....172

Annexe n° 1 : échange de courriers entre le Premier président et la présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale

ASSEMBLÉE NATIONALE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ - ÉGALITÉ - FRATERNITÉ

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

La Présidente

Paris, le 15 DEC. 2020

Nos réf. : D 0311

Monsieur le Premier président, Cher Pierre,

En application des dispositions de l'article L.O. 132-3-1 du code de la sécurité sociale, j'ai l'honneur de vous informer du souhait de la commission des affaires sociales, suite à la réunion de son bureau du 9 décembre dernier, de pouvoir bénéficier du concours de la Cour des comptes pour la réalisation d'une enquête sur la santé des enfants.

Vous remerciant par avance de l'assistance que la Cour pourra apporter à notre commission, je vous prie de croire, Monsieur le Premier président, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Fadila KHATTABI

M. Pierre MOSCOVICI
Premier président
Cour des comptes
13, rue Cambon
75100 PARIS CEDEX 01

Assemblée Nationale - 126, rue de l'Université - 75355 Paris 07 SP - Tél. : 01 40 63 65 21 – fadila.khattabi@assemblee-nationale.fr
Permanence parlementaire : 93, avenue Jean Jaurès - 21000 Dijon -Tél. : 03 80 30 87 97
fadila.khattabi.permanence@gmail.com

Cour des comptes

KCC D2100034 KZZ
06/01/2021

Le 06 JAN. 2021

Le Premier président

Madame la Présidente, Chère Fadila,

En réponse à votre courrier en date du 15 décembre dernier, j'ai le plaisir de vous confirmer que la Cour réalisera pour la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale une enquête sur la santé des enfants, sur la base de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières.

Cette enquête sera réalisée par la sixième chambre de la Cour, présidée par M. Denis Morin.

L'enquête vous sera remise au plus tard fin janvier 2022.

Le président de la sixième chambre se tient à votre disposition afin de préciser le champ et l'approche retenus. Je vous propose que ces précisions fassent ensuite l'objet d'un échange de courriers entre nous.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma haute considération.

Amicalement,

Pierre Moscovici

Madame Fadila Khattabi
Présidente de la Commission
des affaires sociales
Assemblée nationale
126 rue de l'Université
75355 PARIS SP 07

13, rue Cambon ▪ 75100 PARIS CEDEX 01 ▪ T +33 1 42 98 95 00 ▪ www.ccomptes.fr

Annexe n° 2 : liste des membres du comité d'accompagnent

- Monsieur Patrick Castel, sociologue, Sciences Po
- Madame Carine Franc, économiste de la santé, Inserm
- Madame Fabienne Kochert, pédiatre, présidente de l'AFPA
- Monsieur Pierre Lombrail, médecin et professeur de santé publique à l'université Sorbonne Paris Nord
- Madame Lidia Panico, sociologue et démographe, Ined
- Madame Catherine Salinier, pédiatre

Annexe n° 3 : liste des personnes rencontrées

Ministère des Solidarités et de la Santé

Secrétariat général des ministères sociaux (SGMAS)

- Mme Natacha LEMAIRE, responsable du dispositif article 51 accompagnée de Mme Julie GAILLOT, chargée de projet
- Mme Mayalen IRON, directrice de projet sur les 1000 premiers jours des enfants, accompagnée de Mme Aïn WON, stagiaire
- Mme Muriel VIDALENC, cheffe de service du pôle santé ARS du SGMAS accompagnée du Dr Béatrice TRAN, médecin de santé publique, chargée de mission au pôle ARS

Direction générale de la Santé (DGS)

- Mme Zina BESSA, sous-directrice de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques, accompagnée de Mme Caroline BUSSIERE cheffe du bureau santé des populations et politique vaccinale
- M Pierre PORTA, chef de projet sur les scénarii de dématérialisation, division aide à la décision système d'information
- Mme Frédérique DELATOUR, Bureau Santé des Populations et Politique Vaccinale

Direction de la recherche, des études et des statistiques (Drees)

- Mme Muriel BARLET, sous-directrice "Observation de la santé et de l'assurance maladie", accompagnée du Dr Sylvie REY, cheffe de projet en santé publique au bureau de santé de la population, de M. P. RAYNAUD, chef du bureau « état de santé des populations » et de Mme Isabelle LEROUX, cheffe du bureau des collectivités locales

Direction de la sécurité sociale (DSS)

- M. Nicolas LABRUNE, sous-directeur du financement du système de soins, accompagné de Mme Marine JEAN-BAPTISTE, cheffe de la mission « coordination et gestion du risque maladie », de M. Jérémie CASABIEHLE, adjoint à la cheffe de mission » coordination et gestion du risque maladie », et de Mme Anne-Charlotte SALAVERT chargée de mission
- M. Denis LE BAYON, sous-directeur de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents de travail accompagné de Mme Fanny CHAUVIRE, cheffe de bureau de l'accès aux soins et prestations de santé

Direction générale de l'offre de soin (DGOS)

- Mme Anne HEGOBURU, adjointe à la sous-directrice en charge de la régulation de l'offre de soins
- Mme Sophie AUGROU, conseillère soins primaire et professionnels libéraux
- Mme Vanessa FAGE-MOREEL, sous-directrice en charge des ressources humaines

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

- M. Sylvain BOTTINEAU, sous-directeur « enfance et famille », accompagné de M. Jean-François PIERRE, chef de bureau adjoint « familles et parentalité », de Mme Love ANDRIEU, chargée de mission Soutien à la parentalité et gouvernance des services aux familles, et de Mme Lydie GOUTTEFARDE, chargée de mission « petite enfance-modes d'accueil »

Ministère de l'éducation nationale

Direction générale de l'éducation nationale (DGESCO)

- M. Édouard GEFFRAY, directeur général accompagné de Mme Françoise PETREAULT, sous-directrice de l'action éducative, de Mme Valérie RAINAUD, sous-directrice de la gestion des programmes budgétaires, de M. Benoît ROGEON, chef du bureau de la santé et de l'action sociale et du Dr Brigitte MOLTRECHT, médecin de l'éducation nationale, conseillère technique

Ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales

Direction générale des collectivités locales (DGCL)

- M. Stanislas BOURON, directeur général des collectivités locales accompagné de Mme Hélène MARTIN, adjointe à la sous-directrice des compétences et des institutions locales, M. Sébastien SIMOES, adjoint au sous-directeur des finances locales et de l'action économique et de M. Olivier LAIGNEAU, chef du bureau du financement des transferts de compétences

Délégations interministérielles

Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté

- Mme Marine JEANTET, médecin de santé publique, déléguée interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté, accompagnée de Mme Chloé RAVOUNA, conseillère santé et droits

Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement

- Mme Claire COMPAGNON, déléguée interministérielle accompagnée de Mme Mylène GIRARD, secrétaire générale

Caisse nationale d'assurance maladie

- Mme Fanny RICHARD, directrice de l'intervention sociale et de l'accès aux soins
- M. Saïd OUMEDDOUR, responsable du département promotion et prévention de la santé, accompagné du Dr Isabelle VINCENT, médecin adjointe au département prévention et promotion de la santé

- M. Antoine RACHAS, médecin épidémiologiste, responsable adjoint à la direction des études
- M. Éric HAUSHALTER, directeur intérimaire des assurés
- Mme Julie POUGHEON, directrice de l'offre de soins
- Mme Claire TRAON, responsable adjointe du département des professions de santé
- M. Jocelyn COURTOIS, responsable des actes au sein de la direction de l'hospitalisation

Agences, autorités sanitaires, autres

Santé publique France (SPF)

- M. Pierre ARDWINSON, directeur adjoint de la prévention et de la promotion de la santé
- Mme Emmanuelle BAUCHET, directrice adjointe au département des maladies non transmissibles et traumatismes
- M. Didier CHE, directeur adjoint des maladies infectieuses
- Mme Stéphanie VANDENTORREN, responsable du programme « Inégalités territoriales de santé » à la direction scientifique internationale
- Mme Mounia EL YAMANI, responsable de l'unité maladies cardio-vasculaires, nutrition
- Mme Laure FONTENEAU, chargée de projets, en charge de l'évaluation et du suivi de la couverture vaccinale, direction des maladies infectieuses

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

- Mme Pauline RENAUD, cheffe du service DATA, accompagnée de Mme Delphine HOCQUETTE du service DATA

Haute autorité de santé (HAS)

- Dr. P. GABACH, chef de service des bonnes pratiques, médecin de santé publique accompagné du Dr Valérie ERTEL-PAU, adjointe, médecin de santé publique, de Mme Christiane JEAN-BART, chef du service mission handicap, et de Mme Annie SIBONI ZABIB, cheffe de cabinet intérimaire

Haut conseil de la santé publique (HCSP)

- M. Thierry LANG, membre du collège du HCSP, professeur épidémiologiste
- Pr Yannick AUJARD, membre de la commission spécialisée système de santé et sécurité des patients. Pédiatre, ancien chef de service de réanimation et de pédiatrie néonatale
- Pr Isabelle CLAUDET, PU-PH pédiatre, CHU de Toulouse, responsable des urgences pédiatriques et chef de pôle
- Mme Hélène VANDEWALLE, Inca
- Dr Laure COM-RUELLE, médecin de santé publique

- Dr Jean-Michel AZANOWSKY, médecin de santé publique
- Groupe « carnet de santé numérique » : Dr. Yannick AUJARD, coordonnateur, accompagné de M. Thierry MARINI LE VERN, chargé de mission, du Pr Isabelle CLAUDET, PU-PH pédiatre, CHU de Toulouse, responsable des urgences pédiatriques et chef de pôle, du Dr Emmanuel DEBOST, médecin généraliste et du Dr Véronique DUFOUR, pédiatre de PMI

Société française de santé publique (SFSP)

- M. Emmanuel RUSCH, président de la SFSP

Association des départements de France (ADF)

- M. André ACCARY, président du département de Saône-et-Loire, accompagné de M. Jean-Michel RAPINAT, directeur délégué, en charge des politiques sociales, et de Charles BELTJENS, stagiaire auprès de M. RAPINAT

Association des maires de France (AMF)

- M. Frédéric CHEREAU, maire de Douai, co-président de la commission santé, accompagné de Mme Nelly JACQUEMOT, responsable du département actions sociales, culture, sport et de M. Sébastien FERIBI, collaborateur de Mme JACQUEMOT

Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements et métropoles (ANDASS)

- M. Pierre STECKER, vice-président chargé enfance famille, accompagné de Mme Roselyne MASSON, directrice-adjointe service enfance-famille et médecin chef de la PMI de Seine-Saint-Denis

Réseau français des villes santé OMS

- Mme Maude LUHERNE, directrice du réseau français des villes OMS accompagné de Nina LEMAIRE, chargée de projet
- Dr Alexandre FETZ, maire adjoint de la ville de Strasbourg, en charge de la santé publique et environnementale
- M. Henri METZGER, Conseiller municipal de Mulhouse, délégué à la Santé et à la prévention
- Mme Magali ROUX, élue de la villa d'Aubagne déléguée à la santé
- Mme Marie-Christine STANIEC adjointe au maire de Lille, en charge de la santé, vieillissement et de l'Hébergement d'urgence accompagnée de Mme Hélène PAUCHET responsable du service santé
- Mme Sonia BERNARD, chef de service santé scolaire de Grenoble
- Mme Sophie AULAZ, responsable du service Hygiène et santé publique de Bourg en Bresse, Mme Nadia OULED SALEM Maire-Adjointe déléguée aux Solidarités, au Handicap, aux Liens intergénérationnels et à la Santé publique, M. Youssef ZOUBIR, responsable des services de petite enfance, Mme Marie France DESHAUTEL coordonnatrice sanitaire accueil des publics services petits enfance, M. Benjamin ZIZMSKY, Maire-Adjoint délégué à l'Action éducative et à la Petite enfance

Représentants des professionnels de santé et des usagers

France Assos Santé

- Mme Marie-Pierre GARIEL, membre du Bureau de France Assos Santé et administratrice de l'UNAF (Union Nationale des Associations Familiales)
- Mme Catherine VERGELY, secrétaire Générale de l'Unapecle (Union des Associations de Parents d'Enfants atteints de Cancer ou Leucémie)
- Mme Hélène BERRUE-GAILLARD, vice-présidente de l'Alliance Maladies Rares
- Mme Agnès BOURDON-BUSIN, membre du Bureau de France Assos Santé et administratif de l'APF France Handicap
- Mme Catherine SIMONIN, membre du Bureau de France Assos Santé sur les thématiques de la santé bucco-dentaire, de la promotion et de la prévention de la santé. Vice-présidente de la Ligue Nationale Contre le Cancer
- Mme Mathé TOULLIER, membre du Bureau de France Assos Santé et administratrice de l'AFVS (Association des Familles Victimes du Saturnisme)

Conseil national de l'ordre des médecins

- Dr François SIMON, président de la section « exercice professionnel »
- Mme Isabelle JOUANNET, juriste à la section « exercice professionnel »
- Mme Caroline NISSET-BLANC, juriste à la section « exercice professionnel »
- Mme Marine TOMASSIN, juriste à la section « exercice professionnel »

Conseil national professionnel de pédiatrie

- Dr Georges PICHEROT, pédiatre du Pays-de-la-Loire retraité
- Dr Jacques CHEYMOL, pédiatre néonatalogiste et réanimateur
- Dr Véronique DUFOUR, pédiatre, en hôpital, en libéral, et à la PMI de la Ville de Paris
- Dr Christine MAGENDIE, pédiatre libéral, en Alsace. Représente de l'AFPA (Asso Française de Pédiatrie ambulatoire). Déléguée à la confédération européenne de pédiatrie ambulatoire

Conseil national professionnel des sages-femmes

- Mme Sabine PAYSAN, présidente du CNP SF accompagnée de M. Sébastien RIQUET, sage-femme et de Mme Chantal BIRMAN, représentante des sages-femmes orthogénistes

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors)

- Dr. Bernard LEDESERT, président de la Fnors, médecin de santé publique, accompagné de Mme Lise TROTTET, chargée d'études et animatrice du réseau des ORS

Syndicat national des médecins de PMI (SNM PMI)

- Dr Pierre SUESSER, président du SNPMI, pédiatre en PMI, accompagné du Dr Cécile GARRIGUES, coprésidente du SNMPI, médecin généraliste en PMI, et du Dr Ophélie BERGER, médecin généraliste en Gironde

Fédération nationale des orthophonistes

- Mme Anne DEHETRE, présidente de la fédération nationale des orthophonistes accompagnée de Mme Marie TABAUD-DEBOTH, vice-présidente de la fédération, en charge des questions de prévention

Association Nationale des Puéricultrices(teurs) Diplômées et des Étudiants (ANDPE)

- Mme Brigitte PREVOST MESLET, présidente

Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS)

- Mme Mathilde GUEST, directrice de l'UNPS
- M. William JOUBERT, président de l'UNPS, médecin général au Mans
- Mme Anne DEHETRE, vice-présidente UNPS, présidente de la fédération des orthophonistes
- M. John PINTE, secrétaire général de l'UNPS, infirmier libéral dans le Val-de-Marne 94

Collège de la Médecine Générale (CMG)

- Dr Julie CHASTANG, médecin généraliste à Champigny-sur-Marne, en centre municipal de santé

Fédération nationale des Centres de santé (FNCS)

- Dr Hélène COLOMBANI, médecin généraliste, présidente de la FNCS et directrice de la santé à la ville de Nanterre, accompagnée du Dr Marie PENICAUD, secrétaire nationale de la FNCS, médecin généraliste

Entretiens en région :

Ile-de-France

ARS Ile-de-France

- M. Luc GINOT, directeur de la santé publique accompagné du Dr Laurence DESPLANQUES, médecin responsable du département santé des femmes et des enfants

Commissaire à la lutte contre la pauvreté d'Ile de France

- Mme Cécile TAGLIANA, commissaire à la lutte contre la pauvreté en région Ile-de-France accompagnée de Mme Dounia CHENOUFI, stagiaire

Rectorat Académie de Paris

- Dr Nathalie FREY, médecin conseiller technique accompagné de Mme RIZAT, infirmière scolaire

Conseil Général Seine-Saint-Denis

- Mme Roselyne MASSON, directrice adjointe enfance et famille, responsable des PMI accompagnée de Mme Marie PASTOR, responsable du service prévention et actions sanitaires

PMI de Bondy

- Dr Pierre SUESSER, responsable de circonscription PMI Bondy, accompagné de Mme Annie BENAYOUN, médecin et de Mme Katia LARAIGNE, puéricultrice

CPAM Seine-Saint-Denis

- Mme Aurélie COMBAS, directrice de la CPAM accompagnée de Mme Marie LAFAGE, sous-directrice adjointe en charge de la gestion du risque et de Mme Natalie TISSIER, responsable de la prévention

Ville de Paris - Service PMI et service médecine scolaire

- Dr Elisabeth HAUSHERE, sous directrice à la santé, en charge de la santé scolaire
- Mme Laure FREJAC, chargée de mission aide sociale à l'enfance
- Dr Jocelyne GROUSSET, médecin scolaire, en charge du pilotage de la santé scolaire
- Dr Mathilde MARNIER, médecin en chef de la PMI

Ville de Paris - PMI Picpus (Paris 12ème)

- Dr Véronique PRISSE, responsable du territoire 1 (11ème et 12ème arrondissements)
- Mme Marie-Christine BOZEC, adjointe au médecin responsable du territoire 1
- Mme Florence HORTAEND, responsable du centre PMI

CPAM Seine-et-Marne

- Mme Isabelle BERTIN, directrice de la CPAM accompagné de Mme Hélène FOUQUIET, en charge de la sous-direction relation clients et partenariats

Professionnel de santé

- Pr. Sylvie AZOGUI-LEVY, professeur de santé publique dentaire, praticien hospitalier en odontologie

Hauts-de-France

ARS Hauts-de-France

- Mme Laurence CADO, directrice de la stratégie et des territoires
- M. Gwen MARQUE, directeur adjoint de la stratégie et des territoires

- Mme Amandine DEJANCOURT, directrice adjointe de la prévention et de la promotion de la santé
- Dr Elisabeth VERITE, chargée de missions femmes-mères-enfants, au sein du service programme régional de santé/direction de la stratégie et des territoires, médecin inspecteur de santé publique
- Mme Cécile GUERRAUD, chargée de mission thématique santé des jeunes

Rectorat Académie Amiens

- M. Raphaël MULLER, recteur, accompagné de Mme Delphine VIOT, secrétaire générale, Mme Maryse BURGER, médecin conseillère technique et de Mme Catherine ROUSSEAU, infirmière conseillère technique

CPAM Somme

- M. Jean-Charles GILLET, directeur de la Cpam accompagné de Mme Valérie HADET, directrice en charge des services et de l'offre numérique, de Mme Mathilde ROY, directrice adjointe régulation et des relations avec les acteurs en santé, et de M. Thomas Rouault, responsable du service statistique

Association de prévention et de réduction des inégalités de santé (APRIS)

- M. Alain TISON, président de l'association accompagné de Mme Sylvie ANSART, directrice

Professionnel de santé

- Dr François-Marie CARON, pédiatre à Amiens

Rectorat Académie de Lille

- Dr Annick CARON, médecin conseillère technique accompagnée de Mme Muriel DEHAY, infirmière conseillère technique

Conseil départemental du Nord

- Mme Anne DEVREESE, directrice générale adjointe, déléguée enfance famille jeunesse, accompagnée de Mme Betty GIRARDEAU, médecin et responsable PMI à Roubaix et de Mme Véronique LEROY, médecin, directrice-adjointe enfance famille jeunesse, responsable départementale de la PMI

CPAM Roubaix-Tourcoing

- M. Philippe BOUQUET, directeur de la CPAM
- Mme Emmanuelle PUST, responsable du service relations partenaires

CPAM Flandres

- Mme Ghislaine LIEKENS, directrice de la CPAM des Flandres
- Laurent DUPLESSY, sous-directeur de la CPAM
- Antoine FERREIRA, sous-directeur production et relation client
- M. Nicolas DROMZEE, manageur chargé de la prévention
- Mme Lucie PIGNON, responsable prévention

- Jérôme DELANNOY, référent études et statistiques
- Elodie DUVEAUX, responsable du secteur de la vie conventionnelle
- Grégory WILLEM, manageur stratégique production

Association de prévention et d'éducation sanitaire actions locales (APESAL)

- Mme Gaëlle CHABAS, directrice de APESAL

La Réunion

ARS La Réunion

- Dr Anh Dao NGUYEN, médecin de santé publique

Rectorat Académie de la Réunion

- Mme Chantal MANES, rectrice de la Réunion accompagné du Dr Pierre MAGNIN, du Dr RIOS médecins conseillers techniques et de Mme Anna RAIBRAUT infirmière conseillère technique

PMI de La Réunion

- Dr Inès LOBO DE SOUSA, médecin coordonnateur responsable de la PMI

Caisse générale de sécurité sociale de La Réunion

- M. Christophe CAMBONA, directeur de cabinet accompagné de Mme BERNADAC, responsable du service d'accès aux droits et aux soins CGSS, de Mme Sophie MUNG, directrice de la gestion des risques à la direction santé, et de Mme Nelly NATCHOUMI, responsable prévention santé

Occitanie

CPAM Haute-Garonne

- M. Michel DAVILA, directeur de la CPAM, accompagné de M. Stéphane COBIGO, directeur santé adjoint

Professionnel de santé

- Pr Isabelle CLAUDET, chef du pôle enfants, chef des urgences pédiatriques de l'hôpital des enfants du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse

Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du Lauragais

- M. Michel DUTECH, président de la CPTS, médecin généraliste

CPAM du Lot

- M. Vincent MAUREL responsable de la gestion du risque et prévention accompagné de Mme Aline SACCILOTTO, responsable prévention

CPAM Aveyron

- M. Aymeric SEGUINO, directeur de la CPAM accompagné de Mme Cristelle CAPELLE, responsable du pôle « assurés » et de Mme Chantal HURTES, service relations avec les professionnels de santé.

Organisations internationales

Organisation de coopération et de développement économique (OCDE)

- M. Olivier THEVENON, directeur de l'unité « bien-être des enfants »

Rapporteurs des études de faisabilité relatives à la « Child Guarantee » pour la Commission européenne

- Mme Anne-Catherine GUIO, coordonnatrice des études sur la « Child Guarantee » accompagnée de Mme Stéphanie COSTER, chargée du sujet soins de santé pour les enfants pour la « Child Guarantee »

Organisation mondiale de la santé (OMS)

- Dr Benoît VARENNE, responsable du programme Santé orale de l'OMS

Annexe n° 4 : comparaisons internationales

Les comparaisons internationales portent sur trois principaux axes : l'organisation des soins primaires pour la prise en charge des enfants, les programmes de prévention et de dépistage à vocation universelle et l'état de santé des enfants. Une analyse spécifique a été réalisée sur les modèles danois, anglais, allemand et québécois de prévention et de prise en charge des enfants.

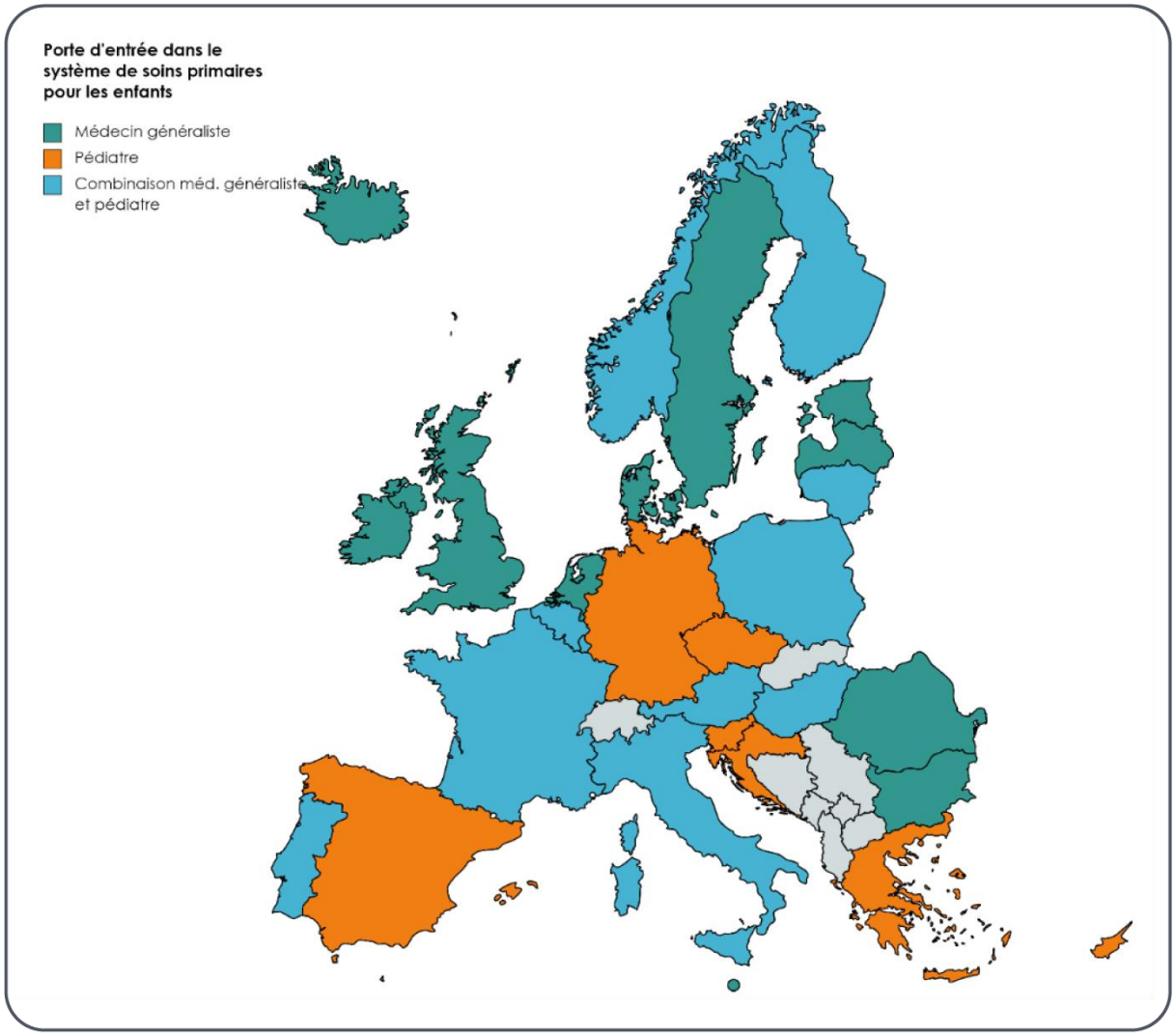
A - Systèmes de soins primaires destinés aux enfants

Trois modèles de soins primaires pour la prise en charge des enfants coexistent en Europe, comme le montre la carte ci-après. La porte d'entrée dans le système de santé est différente, l'accueil et la prise en charge étant assurés soit par des pédiatres, comme en Espagne ou en Allemagne, soit par des médecins généralistes comme au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Irlande ; soit par des pédiatres ou des médecins généralistes comme en France, en Italie, en Belgique ou au Portugal entre autres.

D'après l'étude européenne Mocha[151] (2015-2018) réalisée dans 30 pays européens[152] chaque modèle présente des différences en matière de résultats de santé. Par exemple, la couverture vaccinale contre la rougeole est nettement mieux assurée dans les pays dont le système de soins primaires repose soit sur le pédiatre soit sur le médecin généraliste plutôt que dans les pays ayant adopté un modèle mixte. Pour les troubles du spectre autistique un diagnostic est posé en moyenne à 56 mois dans les pays reposant exclusivement sur le médecin généraliste quand cette période est portée à 76 mois dans les pays ayant un système de soins primaires pour les enfants qui reposent seulement sur le pédiatre. Il n'est pas simple de distinguer ce qui relève du schéma général de l'offre de soins dans les pays ou spécifiquement des effets du modèle de soins primaires pédiatriques sur ces observations. Par ailleurs, des différences ne sont pas systématiquement mises en évidence : pour l'asthme par exemple, le modèle de soins primaires ne semble pas avoir d'effet sur ses délais de prise en charge ou son efficacité.

[151] M. Blair et coll., *Models of child health appraised, Issues and Opportunities in Primary Health Care for Children in Europe: The final summarised results of the Models of Child Health Appraised (Mocha) Project,* novembre 2018.
[152] Union européenne (28 membres), Norvège et Islande.

Carte n° 12 : modèles de soins primaires à destination des enfants en Europe



Source : d'après Blair M. and coll, Models of child health appraised, Issues and Opportunities in Primary Health Care for Children in Europe: The final summarised results of the Models of Child Health Appraised (MOCHA) Project, novembre 2018 (Représentation Cour des comptes)
Note : pour le Danemark, est décrit un système hybride faisant intervenir les médecins généralistes et les infirmières spécialisées pour les enfants.

B – Examens de santé et programmes de dépistage en Europe

La plupart des pays de l'Union européenne ont mis en place des programmes de dépistage et des bilans de santé réguliers pour les enfants. Il existe cependant des différences notables en termes de fréquence et de contenu des bilans de santé proposés selon les pays. La plupart des bilans et des examens incluent un suivi de la croissance, de la vision, de l'audition, du développement ainsi que des caractéristiques anthropométriques des enfants (mesure de taille, de poids, et de circonférence de la tête de l'enfant). Des dépistages et tests préventifs spécifiques supplémentaires sont également organisés dans certains pays comme le dépistage de troubles

mentaux et psychologiques, parfois un examen orthopédique ou encore des tests biologiques pour dépister certains maladies rares comme la phénylcétonurie et l'hypothyroïdie[153].

Tous les pays organisent des programmes de dépistage dans les premières années de vie des enfants. Les modalités de réalisations de ces examens peuvent varier entre des visites à domicile ou une consultation en cabinet ou établissement, qui peuvent être réalisés par une infirmière ou un médecin selon les schémas. Leur fréquence est par contre assez homogène. En moyenne, ces visites ont lieu une fois par mois jusqu'à l'âge de 6 mois, puis les visites sont légèrement espacées, tous les 2 ou 3 mois environ puis biannuelles ou annuelles à partir de 2-3 ans.

L'existence de programmes de dépistages bucco-dentaires pour les enfants varie selon les pays. Alors que certains pays organisent des programmes de consultations dentaires préventives ou des dépistages bucco-dentaire pour tous les enfants d'âge scolaire (par exemple au Danemark et en France), d'autres n'ont pas mis en place de programmes dans ce champ ou ne proposent qu'un dépistage superficiel (par exemple en Slovaquie).

Le dispositif des bons dentaires au Portugal

Le principe du bon dentaire a été créé en 2008 au Portugal, permettant aux enfants, femmes enceintes et certains publics vulnérables de bénéficier de soins sans avance de frais auprès des dentistes participants au programme[154]. Ce programme est, dans ses grandes lignes, comparable au programme français M'T dents. Les bons sont disponibles pour les enfants fréquentant les établissements scolaires publics, et désormais aussi les écoles privées conventionnées avec l'État. Les écoles identifient les enfants éligibles de 7, 10 et 13 ans permettant une émission des bons par le NHS portugais. Les bons sont ensuite remis dans les écoles. Des bons peuvent aussi être remis à l'initiative du médecin traitant pour les enfants de 3 à 18 ans lorsque l'état de santé ou certaines situations le justifient. Les bons sont utilisables dans toutes les structures participant au programme (cabinets de ville, cliniques dentaires privées ou établissements publics). Leur utilisation n'est pas obligatoire, toutefois, si un bon émis n'est pas utilisé, la participation à la suite du programme est complexifiée en raison du nombre limité d'éditions de bons par personne. Le bon a une valeur de 35 € et permet le traitement de deux caries et le scellement des sillons dentaires[155]. Le taux de participation est passé pour les enfants de 31 % en 2009 à 57 % en 2017 avec une amélioration parallèle notable de l'état de santé dentaire des enfants au Portugal. Néanmoins, comme la Cour des comptes portugaise et différents travaux de recherche l'ont rapporté, ce système ne permet pas d'assurer un accès parfaitement universel aux soins dentaires en raison des modalités d'utilisation du bon (date limite notamment) ou de la difficulté que certaines familles ont à trouver un dentiste participant au programme[156]. Enfin le nombre de d'actes couverts par le bon est aussi une des limites du programme comme l'a souligné l'autorité de régulation du système de soins portugaise en 2014.

Dans la plupart des pays, il existe un suivi médical régulier des enfants en âge scolaire. Ce suivi peut avoir lieu à l'école (par exemple au Danemark ou en Autriche) ou dans un centre dédié, dans des centres de soins primaires ou dans une clinique pédiatre généralement en collaboration avec les écoles comme en Belgique et en Espagne.

[153] Commission européenne, *Feasibility Study for a Child Guarantee (FSCG2*), rapport final, 2021.
[154] J. Simoes et coll., *Ten years since the 2008 introduction of dental vouchers in the Portuguese NHS*, Health policy, 2018.
[155] T. Takara et coll., *Use overview of pediatrice « dental-voucher » in Portugal*, Clinical pediatrics and research, 2017.
[156] R. Filipe et P. Aguiar, *Oral health : factors of non-adherence to dental vouchers, a case control study*, Revista Cientifica da ordem dos médicos, 2018.

Dans la plupart des pays, les examens de santé et des programmes de dépistage de périodiques sont gratuits et destinés à tous les enfants, ce qui permet d'en faire bénéficier ceux exposés à une particulière vulnérabilité (grande précarité, migrants, etc.). L'avantage des consultations en milieu scolaire est qu'elles peuvent plus facilement atteindre tous les enfants, y compris les enfants appartenant à des foyers à faible revenu ou éloignés du système de soins primaires. La spécificité française de la PMI, universelle et ouverte à toutes les familles notamment les plus précaires, n'est retrouvée sous cette forme dans aucun autre pays de l'Union européenne.

Il existe différentes positions dans l'Union européenne sur la question du caractère obligatoire des bilans de santé pour les enfants. Alors que dans certains pays, les dépistages sont obligatoires (comme théoriquement en France mais aussi en Finlande ou en Autriche[157]) dans la majorité des pays ils restent facultatifs tout en étant recommandés selon un calendrier défini. Certains pays ont même subordonné le versement des allocations familiales à la participation à des programmes de dépistage infantile. En Autriche, les examens relevant du *mother child pass* ne sont en principe pas obligatoires, mais les parents qui ne participent pas à ces consultations voient leur allocation de garde d'enfants réduite.

Le tableau ci-après issu de la seconde étude de faisabilité pour la *Child guarantee* synthétise la période au cours de laquelle des examens et bilans de santé périodiques sont proposés aux enfants dans les pays de l'Union européenne, et la nature des dépistages proposés et réalisés.

L'initiative européenne *Child guarantee*

En mars 2021, la Commission européenne a adopté une recommandation visant mettre en œuvre une garantie européenne pour l'enfance : la *Child guarantee*[158]. Ce dispositif a pour objectif d'assurer à tous les enfants d'Europe en situation de pauvreté, de vulnérabilité ou d'exclusion sociale un accès aux droits fondamentaux comme les soins médicaux ou l'éducation. Cette initiative s'inspire en partie de la garantie pour la jeunesse (*Youth guarantee*) existante depuis 2013. Elle devrait être incluse dans le budget de l'UE (2021-2027), dans le cadre du Plan social Européen.

La *Child guarantee* a fait l'objet d'une étude préliminaire de la Commission européenne visant à s'assurer de sa faisabilité et des modalités de financement du dispositif. Cette garantie doit aider les États membres à mettre en œuvre les recommandations de la Commission européenne pour s'assurer que chaque enfant en Europe ait accès à des soins gratuits, à une éducation gratuite, à une alimentation adaptée et à un logement décent.

Pour accéder à l'aide financière, les États membres devront disposer de cadres politiques stratégiques nationaux pour la réduction de la pauvreté et l'inclusion sociale, en accordant une attention particulière à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants. Ce sont les pays qui ont un taux de pauvreté des enfants supérieur à la moyenne européenne qui sont ciblés en priorité. Selon les études de faisabilité, la France est peu concernée et ses administrations ont donc été peu impliquées dans les réflexions puisque les services ciblés sont théoriquement déjà assurés. En particulier, la PMI a été mise en avant comme une spécificité européenne permettant un accès universel à la prévention pour les enfants, notamment pour les plus vulnérables.

[157] Commission européenne, *FSCG2*, rapport final, 2021.
[158] Commission européenne. *Proposal for a Council recommandation establishing a European child guarantee*. KE-02-21-418-EN-N, 24 mars 2021.

Tableau n° 11 : examens de santé pour enfants en dans l'Union européenne

	Période post-natale				Premières années				Âge scolaire				Période couverte
	Examens généraux	Examen auditif	Examen visuel	Examen dentaire	Examens généraux	Examens auditifs	Examens visuels	Examens dentaires	Examens généraux	Examens auditifs	Examens visuels	Examens dentaires	
Belgique	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	De la naissance à 18 ans
Bulgarie	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	De la naissance à 18 ans
Rep.Tchèque	✓	✓	✓	X	✓			✓	✓	✓	✓	✓	De la naissance à 19 ans
Danemark	✓				✓			✓	✓	✓	✓	✓	De la naissance à 16 ans
Allemagne	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					De la naissance à 6 ans. Examens à l'âge de 7-8, 9-10, 12-14 et 16-17
Estonie	✓	✓			✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	De la naissance à 16-17 ans
Irlande	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓	De la naissance à 6 ans
Grèce	✓			X				X				X	
Espagne	✓			X	✓			X	✓			✓	De la naissance à 18 ans
France	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓			✓	De la naissance à 16 ans
Croatie	✓					X	X	X	✓				De la naissance à la 1ère année de lycée
Italie	✓				✓				✓				
Autriche	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓ *	
Pologne	✓				✓	✓	✓		✓ *	✓	✓	✓	De la naissance à 18 ans
Portugal	✓				✓	*	✓	✓	✓	*	✓	✓	De la naissance à 18 ans
Roumanie	✓				✓				✓				Pas de limite d'âge
Slovénie	✓				✓				✓	✓	✓	✓	Naissance jusqu'à la 3e année de lycée
Slovaquie	✓			X	✓			X	✓			X	
Finlande	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	De la naissance à la 1ère année de lycée (vers 16 ans)

Source : d'après le rapport final FSCG2 de la Commission européenne, déjà cité (traduction Cour des comptes)
*✓ : Organisation de programmes de dépistage; X: programme de dépistage spécifique non organisé dans le pays; * : programmes limités ou partiels*

C – État de santé des enfants

La santé des enfants est documentée à travers des sources de natures diverses. Si les données proviennent généralement de travaux de recherche ou d'enquêtes épidémiologiques, certaines se basent sur des données médico-administratives. En Angleterre par exemple, les données de santé récoltées par le NHS dans le cadre de la prise en charge des patients sont extrêmement précieuses et permettent davantage de travaux épidémiologiques sur les enfants que les données du Sniiram et du PMSI en France par exemple. Cependant, les comparaisons des résultats obtenues dans pays employant des sources et des méthodologies différentes sont hasardeuses. La méthodologie pour produire les indicateurs périnataux ou de mortalité sont relativement bien standardisées. Un important travail de l'OCDE[159] de 2021 a mis en évidence la complexité à disposer de données de santé solides sur les enfants, en particulier sur les comportements de santé, dans le domaine des déterminants psycho-sociaux et psycho-affectif.

Pour comparer les indicateurs de santé de nature pathologique, lorsqu'aucune internationale n'existe dans un champ, l'outil de référence reste l'étude internationale *Global burden of disease* portée par l'université de Washington (IHME). Cette étude produit chaque année des estimations par pays sur différents indicateurs de santé, avec une déclinaison par classes d'âge. L'OMS se base assez fréquemment sur ces estimations pour ses travaux. Dans le champ dentaire par exemple, c'est l'unique source d'indicateurs à l'échelle internationale. Il s'agit d'estimations réalisées à partir de travaux statistiques s'appuyant sur des données existantes, ou, le cas échéant, d'hypothèses. Sans produire des chiffres toujours très précis, cette étude a le mérite de permettre de positionner les pays entre eux et d'observer des dynamiques temporelles. D'autres sources de données permettent également de préciser certains indicateurs internationaux, comme celles de l'*UN interagency group for child mortality* (UN IGME)) sur la mortalité et la périnatalité, celles de l'OMS Europe (*European health information gateway*) sur la prévalence de certains évènements de santé dans l'enfance (surpoids et obésité, vaccination).

Le tableau suivant présente pour la France, l'Allemagne, le Danemark, le Québec et l'Angleterre différents indicateurs démographiques, économiques et sanitaires.

[159] OCDE, *Measuring what matters to child well-being and policies*, 3 mars 2021.

Tableau n° 12 : principaux indicateurs démographiques, économiques et sanitaires de la France, de l'Allemagne, du Danemark, du Canada et du Royaume-Uni (2019 ou année la plus récente disponible)

	France	Allemagne	Danemark	Canada	Royaume-Uni
Indicateurs démographiques					
Population totale	67 055 854	80 475 076	5 814 222	37,5 millions Canada (dont 8,5 M pour le Québec)	66 836 32 (dont 56 286 961 en Angleterre)
Proportion d'enfants (% 0-14 ans)	17,8	13,8 %	16,4 %	15,8 (Canada) et 14,7 % (Québec)	17,7
Espérance de vie (années)	82,6	80, 9	81,2	81,9 ans	81, 2
Indicateurs économiques					
PIB, dollars par habitants	40 496 $	46 467	60 213	61 290 $	42 328
Dépenses totales de santé, PPA$ par habitant	5250	6098	6216	4 994	4619
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	73,3	77,7	83,8	73,2	78,6
Reste à charge du ménage, en % des dépenses totales de santé	9,2	12,6	13.7	14,7	16,7
Indicateurs de santé					
Taux de natalité pour 1000	11,2	9,4	10.5	10,1	10,7
Mortalité infantile pour 1000	3,8	3,2	3,2	4,2	3,7
Mortalité néonatale pour 1000	2,7	2,3	3	3,3	2,8
Probabilité de décès entre 5 et 9 ans en %	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4
Prévalence de l'asthme de 5à 14 ans en % (borne de l'estimation)	5-11	3-8	4-9	14-24	7-16
Prévalence de surpoids et obésité à 11 ans en %	9,5	12,5	8,5	18,5	N/D
Prévalence de caries dentaires sur les dents de lait (moins de 5 ans) en %	20	22	14	39	12
Prévalence de caries dentaires sur les dents définitives (5-14 ans) en %	22	17	15	14	17
Couverture Vaccinale DTP 3 doses en%	96	93	97	91	93
Couverture Vaccinale HiB 3doses en %	95	92	97	91	93
Couverture vaccinale VHB 3 doses en %	91	87	N/D	74	93
Couverture vaccinale Rougeole 2 doses en %	83	93	90	87	87

Sources: European health information gateway (OMS), enquêtes HBSC (OMS), Global burden of disease (IHME), Enquête Cosi (Child obesity surveillance initiaitive, OMS), WHO/Unicef Estimates of National Immunization Coverage, UN IGME
Note : N/D : données non disponibles.

En prenant l'ensemble des indicateurs considérés, on peut observer globalement une certaine homogénéité. Le Danemark se démarque avec une série d'indicateurs plutôt favorables et le Canada plutôt avec des indicateurs médiocres, que ce soit au niveau de l'obésité, de la santé dentaire ou de l'asthme[160]. Concernant la couverture vaccinale, les résultats des pays dépendent des maladies couvertes (la France ayant par exemple une bonne couverture DTP et une couverture ROR très insuffisante).

D – Organisation du système de soins primaires à destination des enfants dans certains pays

Allemagne

Le système de santé allemand repose sur deux régimes d'assurance de base : un obligatoire, nommé *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV), et un privé nommé *Private Krankenversicherung* (PKV). Chaque résident a l'obligation d'être affilié à l'un de ces deux régimes. L'affiliation au régime privé s'adresse aux personnes dont le revenu mensuel est supérieur à 4 462 € bruts qui peuvent choisir de faire évoluer leur assurance obligatoire vers une assurance privée. 87 % des Allemands sont affiliés au régime public d'assurance maladie et 13 % à une assurance privée pour leur couverture de base[161].

La structuration des soins primaires est organisée sur une base fédérale : le ministère fédéral de la Santé est chargé de la réglementation et de la supervision des soins dans les 16 Länder. Le principe de subsidiarité fait que les 16 ministères de la santé des Länder sont responsables de l'offre de soins dans leurs États respectifs. Cela comprend la planification de l'offre hospitalière, les programmes de prévention mais aussi les enquêtes épidémiologiques et la mise en place de registres de morbidité.

Les réseaux d'assistance précoce : un modèle entre le Prado maternité et la PMI

Depuis 2006, le programme d'action « Assistance précoce » a été mis en œuvre en vue d'offrir un appui aux familles sous la forme de visites d'infirmières à domicile dès la grossesse puis jusqu'aux 3 ans des enfants[162]. Il s'agit d'un dispositif ciblant particulièrement les familles socialement défavorisées. Le but de l'intervention précoce est de donner à tous les enfants les mêmes chances d'un développement sain et d'une éducation non violente, notamment en développant les compétences parentales. L'analyse des données a montré que les enfants des familles visitées à domicile avaient de meilleurs résultats à la naissance et que les enfants obtenaient des scores plus élevés aux tests de développement cognitif.

Les parents ont le libre choix du praticien pour leurs enfants. Les pédiatres sont directement accessibles, tout comme les médecins généralistes qui peuvent orienter les patients vers des spécialistes ou des structures hospitalières. Les pédiatres interviennent très majoritairement auprès des enfants jeunes (moins de 12 ans). Au-delà c'est principalement le médecin généraliste qui prend en charge les enfants et adolescents. 90 % des enfants de moins de 6 ans sont vus par un pédiatre et 10 % par un médecin généraliste. De 7 à 11 ans, 65 % des enfants sont vus par un pédiatre, et 35 % sont vus par un médecin généraliste, et tandis qu'à

[160] Les indicateurs de santé pour le Québec et l'Angleterre au sein du Canada et du Royaume-Uni ne sont en général pas distingués.
[161] J. Ehrich et coll., *The child care system of Germany*, Journal of Pediatrics, 2016.
[162] Commission européenne, *FSCG2, op. cit.*

partir de 11 ans, ce ratio est de 30 % à 70 %. Des études ont permis de montrer que les familles les plus favorisées s'orientaient davantage vers les pédiatres et que les moins favorisées s'orientaient plutôt vers les médecins généralistes.

Les soins médicaux, dentaires, les médicaments mais aussi la psychothérapie, l'orthophonie et l'ergothérapie sont gratuits pour tous les enfants et adolescents jusqu'à la fin des études et sont couverts par les assurances maladies.

Un système de dépistage précoce, appelé « U1 à U9[163] », est en place en Allemagne pour tous les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans. Les U1 à U9 sont une série de dix rendez-vous[164] de contrôle et de dépistage, se déroulant entre la naissance (U1) et le 60ème-64ème mois (U9). Ces examens permettent de détecter précocement d'éventuels troubles du développement et d'orienter vers une éventuelle prise en charge. Ces visites médicales sont gratuites et réalisées dans le cabinet médical d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre. De plus, un examen de santé obligatoire a lieu avant l'entrée à l'école de l'enfant. Suite aux examens U1-U9, des bilans supplémentaires sont recommandés pour les enfants du primaire (U10 pour les 7-8 ans et U11 pour les 9-10 ans) et les adolescents (J1 pour les 12-14 ans et J2 pour les 16- 17), mais ils peuvent être payants dans certains cas. La participation à ces examens a considérablement augmenté au cours des dix dernières années. Le fait qu'ils soient réalisés dans des cabinets médicaux est un moyen de garantir le suivi ultérieur des enfants en cas de troubles dépistés. Les taux de participation à la plupart des visites ont dépassé 95 % au cours des six premières années de vie : néanmoins les enfants des familles à faibles revenus ou immigrées participent moins fréquemment à ce programme.

Le calendrier vaccinal allemand est proche du calendrier français. Il n'y a cependant aucune vaccination obligatoire en Allemagne, à l'exception de la rougeole depuis 2019. Les parents refusant de faire vacciner leur enfant sont exposés à une amende pouvant aller jusqu'à 2 500 euros.

Angleterre

Le système de santé anglais repose sur le *National health service* (NHS) britannique. Il permet un accès des résidents britanniques aux soins sans avance de frais, à l'exception pour les adultes des frais pour les médicaments sur ordonnance et les services optiques et dentaires. Environ 13 % de la population disposent d'une assurance complémentaire privée pour couvrir des soins assurés par le secteur privé. Toutefois la plupart des enfants utilisent les services de santé publics pour l'ensemble des soins.

Les médecins généralistes sont la porte d'entrée quasi exclusive dans le système de soins primaires. Ces derniers forment le premier recours habituel pour les enfants et sont une étape indispensable pour l'accès aux autres spécialistes dont les pédiatres.

Il existe en Angleterre une politique similaire au Prado maternité : le *Family nurse partnership program*. Les femmes enceintes reçoivent une sage-femme à domicile qui supervise ses soins pendant la grossesse et la période postnatale immédiate. Ce programme est conçu pour accompagner davantage les jeunes mères vulnérables notamment lors de leur première grossesse, en axant l'intervention sur le soutien à la parentalité.

[163] Commission européenne, *FSCG2*, *op. cit.*
[164] Les examens U7 et U7a sont distincts

Le national *Healthy Child Program* (HCP) se concentre principalement sur les 100 premiers jours de la vie. Il comprend des stratégies visant à offrir aux enfants et aux jeunes un calendrier d'examens de santé, des tests de dépistage, des vaccinations, des conseils de promotion de la santé et un soutien personnalisé pour les enfants et les familles. Ce programme fournit un cadre pour soutenir le travail collaboratif et une prestation plus intégrée, en mettant l'accent sur les interventions dans les premières années.

La *Early intervention Fondation* : un partenaire clé pour la mise en œuvre des interventions en santé chez les enfants

Le NHS est accompagnée par l'*Early intervention foundation* dans sa politique de santé en faveur des enfants. C'est un organisme privé à but non lucratif qui travaille avec les services publics pour la conception de programmes de prévention ciblant un large éventail de problèmes de santé, de développement ou de dimension psychosociale qui peuvent survenir au cours de la vie d'un enfant. Son champ couvre de domaines plus larges que la santé comme l'éducation ou la politique familiale.

Des examens de santé sont proposés pour tous les enfants dès la période néonatale jusqu'à leur entrée à l'école. Ils se déroulent juste après la naissance, entre la 1ère et la 2ème semaine, entre la 6ème et la 8ème semaine, entre le 9ème et le 12ème mois, entre 2 ans et 2 ans et demi. Ils comprennent un suivi du développement psychomoteur, des caractéristiques anthropométriques, de la vue, de l'ouïe, et des comportements alimentaires[165].

La période scolaire laisse davantage place à l'éducation et à la promotion de la santé. Initiée par des enseignants dans le cadre du *Personal, social, health and education program* (PSHE)[166], qui sont conçus localement sans normes nationales. Cette approche permet de donner aux enseignants la flexibilité pour dispenser un programme d'éducation adapté aux besoins de leurs élèves.

La couverture vaccinale des enfants s'est améliorée au niveau national pour la plupart des vaccinations infantiles même si la couverture ROR reste sous le seuil des 95 %. Les enfants sont vaccinés soit en ville, soit à l'école.

Le NHS anglais a initié en 2016 le *Digital Child Health Transformation Programme* : cette initiative vise à transformer les systèmes d'information de la santé de l'enfant en permettant un meilleur suivi de la santé de chaque enfant et en donnant un accès à ce suivi à tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de l'enfant. A termes, ce plan devrait aboutir à une digitalisation du *red book*, le carnet de santé dont tous les enfants disposent en Grande-Bretagne.

Danemark

Les soins primaires gratuits au Danemark et sont financés par les impôts. Une assurance maladie volontaire existe mais est très rarement souscrite. Tous les résidents doivent avoir un médecin généraliste identifié.

[165] I. Wolfe I et coll., *Child health systems in the United Kingdom (England)*, Journal of pediatrics, 2016.
[166] Department for Education.

Les enfants représentent environ 20 % des consultations des médecins généralistes. Outre les consultations régulières, les médecins généralistes effectuent des examens de santé préventifs à l'âge de 5 semaines, 5 mois et annuellement jusqu'à l'âge de 5 ans. Plus de 90 % des enfants se présentent aux 3 premiers examens de santé préventifs[167].

Tous les parents se voient offrir des visites d'infirmières de la santé publique au cours de la première semaine de la vie de leur enfant. Plus de 90 % des parents acceptent ces visites, et davantage de visites sont proposées au cours des 12 à 18 premiers mois. Des visites gratuites auprès de dentistes sont proposées jusqu'à l'âge de 18 ans.

Au Danemark les dépistages s'appuient assez largement sur la santé scolaire. Pour les écoliers, l'infirmière de santé de l'école ou le service de dentiste de l'école peut être le principal contact et peut dans de nombreux cas résoudre les problèmes mineurs ou bénins. Ces professionnels remplissent une fonction importante dans l'identification précoce des problèmes de santé et des difficultés sociales.

Plus généralement, les infirmières surveillent la santé des enfants à l'école (évaluation de la taille et du poids, dépistage de la vue et de l'ouïe), en faisant participer les médecins municipaux au premier examen et au dernier examen en 9ème année[168]. Enfin, elles jouent un rôle clé dans la promotion de la santé en organisant des ateliers sur la santé et des discussions sur la santé en petits groupes.

Québec

Au Canada, la politique de santé est confiée aux ministères provinciaux de la santé qui dirigent indépendamment la politique de soins. Deux régimes universels permettent à l'ensemble de la population d'obtenir des services hospitaliers et médicaux à la charge de l'État. Le financement des services de santé et des services sociaux repose essentiellement sur la fiscalité générale.

Au Québec, La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) administre les régimes publics d'assurance maladie et médicaments et rémunère les professionnels de la santé. Elle délivre aux citoyens québécois une « carte soleil » qui permet la prise en charge sans frais des consultations médicales et des séjours à l'hôpital. Cette carte permet de prendre en charge la quasi-totalité des frais et notamment la prise en charge des frais dentaires des enfants jusqu'à leur 10ème anniversaire.

Le Québec, dans son Programme National de santé publique (2015-2025), considère la période de l'enfance comme « la phase du développement humain la plus marquée[169]. ». La province canadienne a donc bien ciblé cette période comme une priorité.

Les enfants peuvent être suivis au Canada aussi bien par des « médecins de famille » (omnipraticiens équivalents aux médecins généralistes auprès desquels les familles doivent

[167] P. Mathiesen et coll., *The Child Health System in Denmark: Current Problems and Successes*, The Journal of Pediatrics, 2016.
[168] Commission européenne, FSCG2, op. cit.
[169] PNSP 2015-2025.

s'inscrire) que par des pédiatres. À l'échelle du Canada, on estime que 60 à 70 % des enfants sont suivi habituellement par un médecin de famille et 30 à 40 % par un pédiatre. Néanmoins, dans la province de Québec, la majorité des jeunes enfants jusqu'à 2 ans consultent un pédiatre pour leurs soins communs[170].

Le suivi préventif des enfants se fait par l'intermédiaire d'examens périodiques dont le calendrier n'est établi par aucune grille formelle. Néanmoins, les recommandations des sociétés savantes convergent vers le fait que ces visites devraient se faire généralement, pour les enfants en bonne santé, à l'âge d'une semaine et de deux semaines, ainsi qu'à 1, 2, 4, 6, 9, 12 et 18 mois, puis à des intervalles d'un ou de deux ans. Il n'y a donc aucun calendrier officiel des examens de prévention recommandé chez le nouveau-né, le nourrisson ou l'enfant. Il s'agit principalement de recommandations générales soumises à l'appréciation des parents.

Depuis mai 2018, le carnet de santé électronique se déploie. C'est un système proche du DMP qui conserve les médicaments prescrits et les résultats d'imagerie et de biologie notamment. Les enfants de moins de 14 ans sont pour le moment rattachés à celui de leurs parents.

Sur la stratégie vaccinale, malgré un débat et des réflexions en cours depuis plusieurs années sur ce thème, actuellement, aucun vaccin n'est obligatoire au Québec laissant une certaine marge d'appréciation aux parents. D'autres provinces du Canada ont opté pour d'autres stratégies comme l'Ontario par exemple qui exige une preuve de différentes vaccinations pour l'entrée à l'école. Le Programme québécois d'immunisation comprend divers programmes de vaccination, gratuits et à participation volontaire suivantes en fonction du calendrier vaccinal. Ce dernier prévoit que les enfants reçoivent certains vaccins en milieu scolaire. Ces vaccins sont gratuits en 4ème année du primaire et en 3ème année du secondaire. L'infirmière scolaire vaccine les enfants lors des séances de vaccination. Un registre national des vaccinations, dans lequel chaque acte vaccinal est obligatoirement enregistré, permet de suivre très précisément la couverture vaccinale de la population171.

[170] Quebec.ca.
[171] Quebec.ca.

Annexe n° 5 : un état de santé des enfants en France globalement dans la moyenne des pays européens

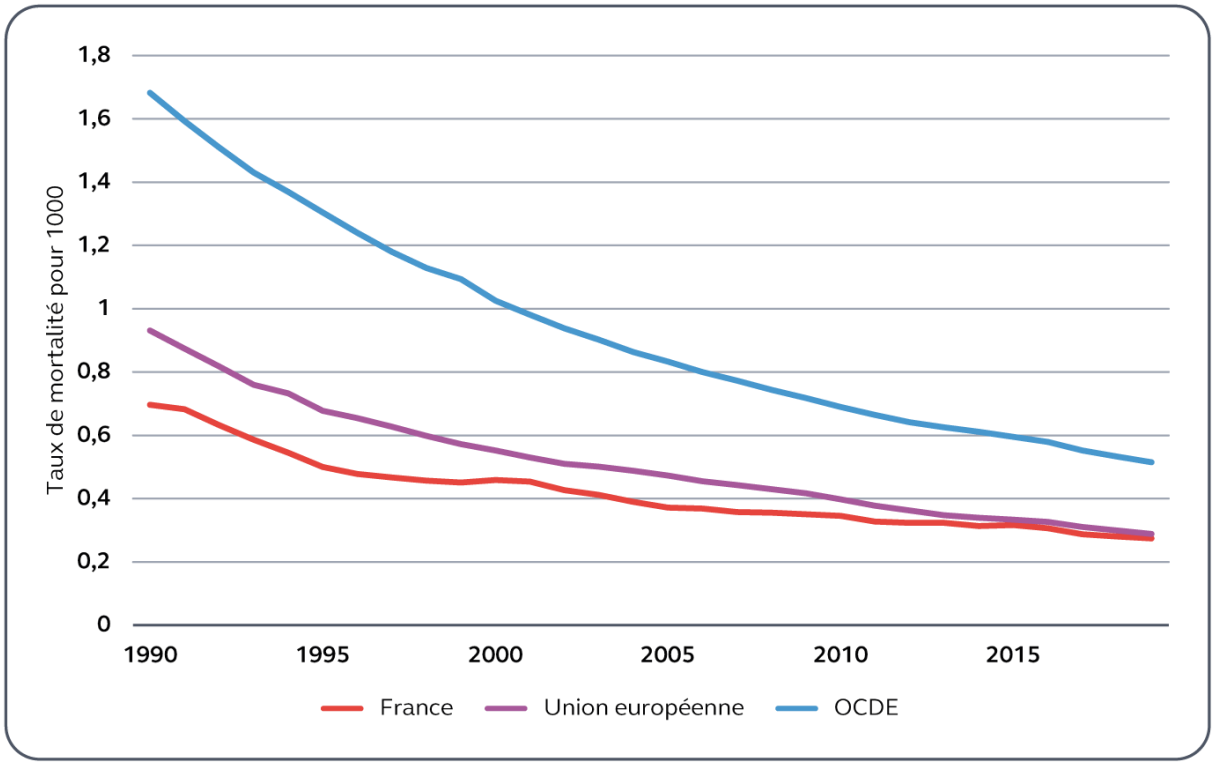
L'état de santé des enfants en France observé à l'échelle nationale apparaît contrasté en comparaison des autres pays de l'Union européenne ou de l'OCDE. Si certains indicateurs de santé se sont améliorés, d'autres ont stagné à des niveaux préoccupants.

A - Quelques indicateurs encourageants

Une mortalité dans l'enfance en nette diminution

Comme dans les autres pays d'Europe et plus généralement dans les différentes régions du monde, une diminution très nette de la mortalité des moins de 15 ans a été observée en France depuis la seconde moitié du XX^{ème} siècle. Sur l'ensemble de cette tranche d'âge, la France se positionne plutôt favorablement par rapport aux autres pays de l'OCDE ou de l'Union européenne, même si l'écart s'est progressivement réduit. En 2019, le taux de mortalité des moins de 15 ans en France s'élève à 3 pour 10 000 enfants[172].

Graphique n° 3 : taux de mortalité (pour 1000) en France de 1990 à 2020 des moins de 15 ans

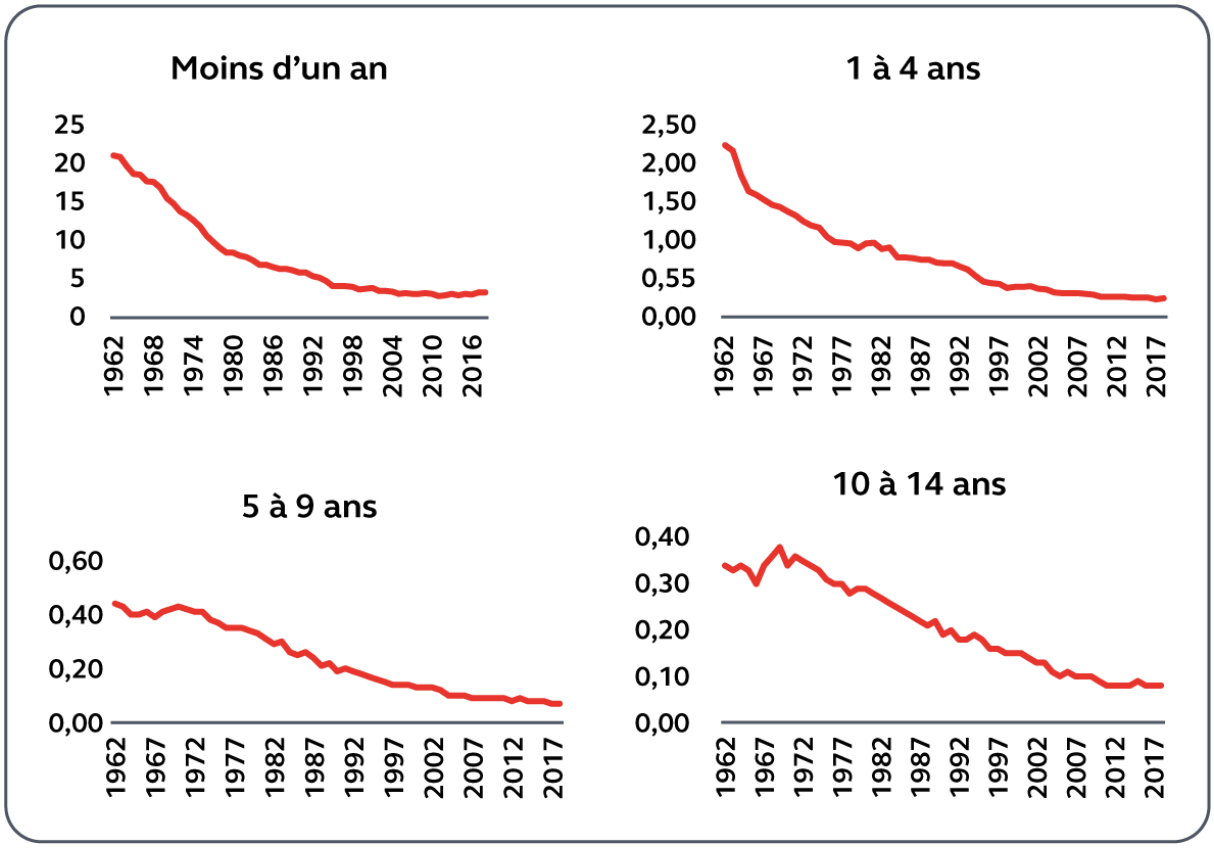


Source : Institute for health metrics and evaluation (université de Washington), représentation Cour des comptes.

[172] France entière. Calcul Cour des comptes à partir des données de l'Ined, de l'Insee et de la Fnors.

Le taux de mortalité dans l'enfance dépend des classes d'âge observées. La mortalité est ainsi nettement plus élevée dans la première année de vie[173] (3,7 pour 1000 naissances vivantes sur la période 2017-2019[174]) que dans les classes d'âge suivantes (0,2/1000 pour les 1-4 ans et inférieure à 0,08/1000 pour les 5-14 ans).

Graphique n° 4 : taux de mortalité (pour 1000) en France selon les classes d'âge de 1962 à 2018



Source : INED, représentation Cour des comptes.

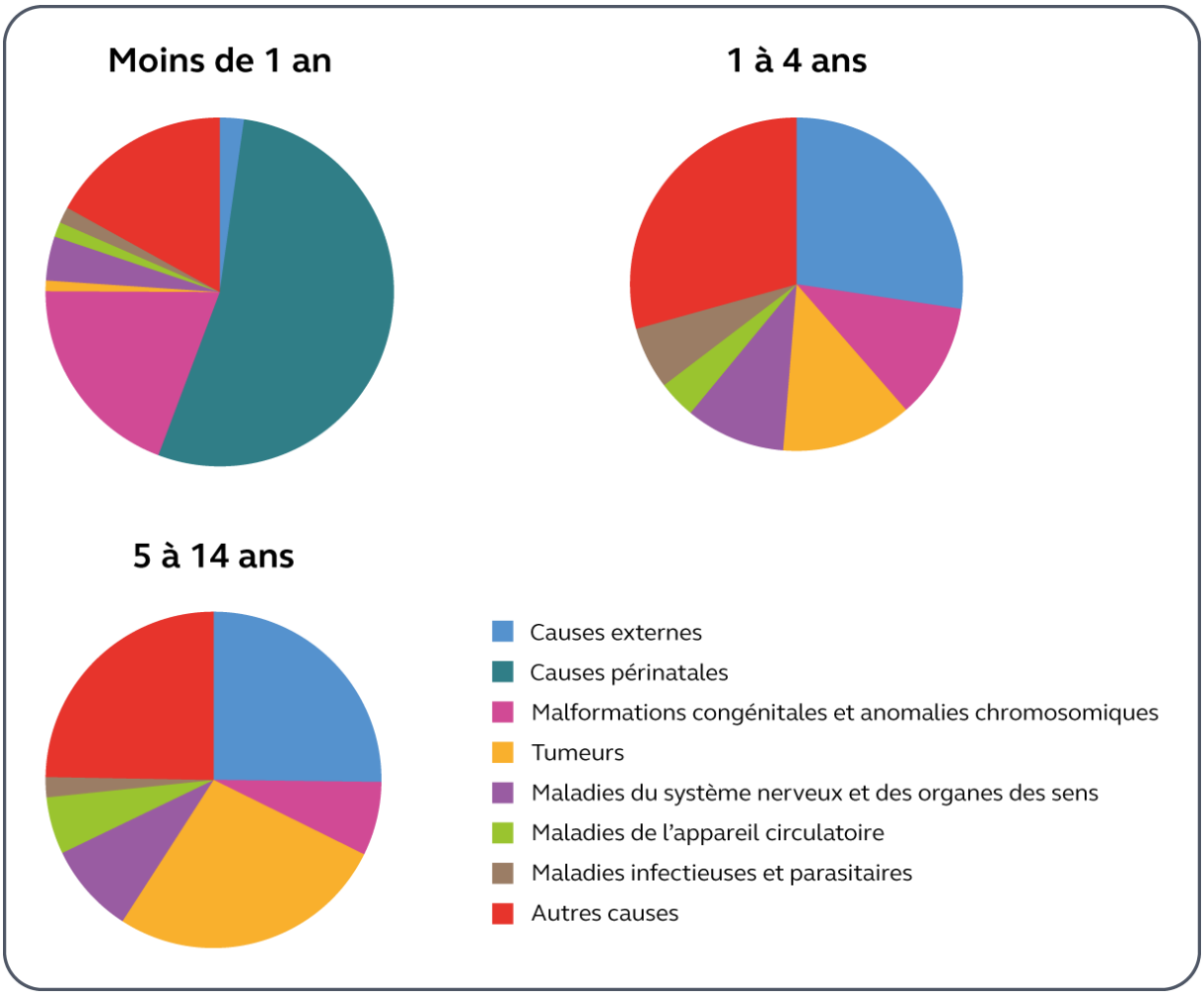
Si elle a nettement et continûment diminué entre 1946 et la fin des années 1990, la mortalité infantile stagne depuis les années 2000 à un niveau médiocre qui place la France en-dessous de ses voisins comparables (Espagne : 2,6 pour 1000 ; Allemagne : 3,2 ; Pays-Bas : 3,5 ; Union européenne 27 : 3,4[175]) et de la moyenne des pays de l'OCDE.

Au-delà de la première année de vie, la France a des indicateurs de mortalité dans l'enfance plutôt favorables comparés aux pays de l'UE et de l'OCDE[176]. Ce contraste entre les indicateurs de mortalité avant et après un an souligne l'importance de l'enjeu relatif à la santé périnatale.

[173] Le taux de décès dans la première année de vie correspond à la mortalité infantile.
[174] Sources : données Fnors. Taux de mortalité calculé sur trois années consécutives à partir des données de l'état civil.
[175] Source: Eurostat.
[176] Unicef et UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), *Levels and trends in child mortality*, 2020.

Ces différences de taux de mortalité en fonction de l'âge sont principalement dues aux causes de mortalité comme le montrent les graphiques suivants : dans la première année de vie, les causes périnatales représentent la moitié des décès[177], suivies des malformations congénitales et anomalies chromosomiques (19 %), puis de la mort inattendue du nourrisson (15 % des décès[178]). Après, ce sont les accidents et les traumatismes dont les accidents de la vie courante et les pathologies cancéreuses qui représentent la majorité des causes de décès des moins de 15 ans en France.

Graphique n° 5 : causes de mortalité des moins de 15 ans, par classes d'âge en France en 2016



Source : Causes médicales de décès (Inserm, CépiDc), représentation Cour des comptes

[177] Il s'agit des causes très diverses survenant lors de l'accouchement ou à proximité de cette période : infections néonatales, syndrome de détresse respiratoire, asphyxie obstétricale, hémorragies cérébrales, ou immaturité pulmonaire.

[178] De Visme et coll. *National variations in recent trends of sudden unexpected infant death rate in Western Europe*, Journal of pediatrics.

Des maladies chroniques rares chez les enfants en dehors de l'asthme et du surpoids

Les enfants sont moins atteints par des maladies chroniques, appréhendées principalement à partir des affections de longue durée (ALD) ou des diagnostics hospitaliers, que le reste de la population. Les ALD interviennent à l'âge adulte et sont en partie dépendantes de comportements de santé adoptés à un âge bien plus jeune.

Les limites des admissions en ALD pour dresser des constats épidémiologiques

Entre 2012 et 2018, le nombre d'enfants de moins de 15 ans atteints d'ALD est passé de 298 886 à 369 110[179], soit une augmentation sur la période de 23 % (+ 4 % par an). Cette forte augmentation est incompatible avec une augmentation équivalente de la prévalence des maladies chroniques correspondantes sur cette courte période. Elle est donc due à différents autres paramètres comme l'augmentation de l'effectif (+ 2 % sur la période), la sensibilisation accrue des professionnels et des familles aux bénéfices, pour la prise en charge des enfants, de la reconnaissance de certaines formes de maladies en ALD (asthme, troubles du neuro-développement, scoliose) et la facilitation des procédures d'admission, de prolongation et de renouvellement des ALD intervenue en juin 2016 à la suite de la loi de modernisation de notre système de santé[180]. En effet, 60 % de l'augmentation du nombre d'ALD observée chez les moins de 15 ans entre 2012 et 2018 a eu lieu dans les deux dernières années de la période après la mise en œuvre de cette mesure de simplification.

Le nombre d'ALD seules ne peut donc pas être utilisé pour dresser des constats épidémiologiques : même l'estimation des incidences et prévalences des cancers pédiatriques nécessite un registre national pour fournir des chiffres précis.

Selon la cartographie des pathologies et des dépenses réalisées par l'assurance maladie, le nombre d'enfants souffrant d'au moins une pathologie chronique était estimé en 2012 à 862 000 (soit 8,1 % des 0-15 ans). Ce chiffre a légèrement progressé pour atteindre 871 100 en 2018. Entre 2012 et 2018, la fréquence des différentes maladies chroniques est globalement restée stable, à quelques exceptions près.

La fréquence de diabète chez les enfants a assez nettement augmenté (+ 3,2 % par an en moyenne), suivant une évolution mondiale, tout en restant à un niveau faible[181]. La fréquence des maladies psychiatriques ou de la prise de médicaments psychotropes a également augmenté (+ 1,5 % par an) sur cette période, comme la fréquence des autres affections de longue durée (+ 2,4 % par an), qui sont de natures diverses. Il est donc difficile pour cette dernière de savoir si elle est due à une augmentation de la prévalence des pathologies correspondantes ou bien à la reconnaissance plus fréquente de ces maladies en ALD. Concernant les maladies respiratoires chroniques leur fréquence a diminué sur cette période malgré une certaine fluctuation des chiffres d'une année sur l'autre.

[179] Igas, rapport n° 2020-074R *La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France*, mai 2021

[180] Modification de l'article L. 324-1 du CSS par l'article 198 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 portant modernisation de notre système de santé.

[181] La particularité du diabète chez les enfants est qu'il s'agit chez eux principalement de type 1 alors que 90 % des cas de diabète en population générale sont de type 2.

Tableau n° 13 : effectifs par pathologie, et fréquences associées, chez les enfants de moins de 15 ans de 2012 à 2018

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Maladies respiratoires chroniques	568 000 (5,31 %)	548 300 (5,11 %)	560 800 (5,21 %)	564 700 (5,24 %)	576 200 (5,34 %)	563 100 (5,25 %)	549 800 (5,14 %)
Maladies psychiatriques ou traitements psychotropes	122 200 (1,14 %)	122 000 (1,14 %)	122 000 (1,13 %)	124 100 (1,15 %)	127 100 (1,18 %)	130 700 (1,22 %)	134 000 (1,25 %)
Autres ALD (dont 31 et 32)	115 700 (1,08 %)	120 100 (1,12 %)	123 200 (1,15)	124 600 (1,16 %)	127 000 (1,18 %)	129 900 (1,21 %)	133 700 (1,25 %)
Maladies neurologiques ou dégénératives	51 400 (0,48 %)	51 100 (0,48 %)	51 300 (0,48 %)	51 200 (0,48 %)	51 600 (0,48 %)	52 100 (0,49 %)	52 800 (0,49 %)
Maladies cardioneuro-vasculaires	32 600 (0,30 %)	32 900 (0,31 %)	33 100 (0,31 %)	33 100 (0,31 %)	33 000 (0,31 %)	33 000 (0,31 %)	33200 (0,31 %)
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH/SIDA	27 800 (0,26 %)	28 000 (0,26 %)	28 400 (0,26 %)	27 800 (0,27 %)	28 900 (0,27 %)	29 400 (0,27 %	29 500 (0,28 %)
Cancers	12 300 (0,11 %)	12 200 (0,11 %)	12 000 (0,11 %)	11 700 (0,11 %)	11 600 (0,11 %)	11 600 (0,11 %)	11 700 (0,11 %)
Diabète	11 900 (0,11 %)	12 200 (0,11 %)	12 600 (0,12 %)	13 000 (0,12 %)	13 500 (0,13 %)	13 900 (0,13 %)	14 400 (0,13 %)
Traitement du risque vasculaire	5800 (0,05 %)	5700 (0,05 %)	5600 (0,05 %)	5500 (0,05 %)	5500 (0,05 %)	5400 (0,05 %)	5200 (0,05 %)
Maladie du foie ou du pancréas	3900 (0,04 %)	3900 (0,04 %)	4000 (0,04 %)	4200 (0,04 %)	4400 (0,04 %)	4500 (0,04 %)	4700 (0,04 %)
Insuffisance rénale chronique terminale	**400 (<0,01 %)**	**400 (<0,01 %)**	**400 (<0,01 %)**	**500 (<0,01 %)**	**500 (<0,01 %)**	**500 (<0,01 %)**	**500 (<0,01 %)**

Source : Cnam, Cartographie des pathologies et des dépenses, mise en forme Cour des comptes.

Même si leur fréquence reste globalement faible à l'échelle de la population, les maladies chroniques rencontrées chez les enfants peuvent avoir des conséquences importantes sur leur qualité de vie, leur développement ou leur intégration scolaire et sociale, et nécessitent des prises en charge spécialisées parfois lourdes.

L'asthme est la maladie chronique la plus fréquente dans l'enfance. Cette pathologie est étroitement associée aux autres manifestations respiratoires et allergiques (rhinite allergique, eczéma). Comme dans la majorité des pays occidentaux, sa prévalence a significativement augmenté à la fin du XX^{ème} siècle avant de se stabiliser au début des années 2000. Certaines difficultés associées à la définition de l'asthme dans les enquêtes épidémiologiques[182], notamment avant l'âge de 5 ans, rendent difficile une évaluation précise de sa fréquence chez les enfants[183]. Selon les dernières données disponibles et les estimations de la Drees et de Santé publique France, sa prévalence serait de 11 % environ à l'âge de 5-6 ans[184] et à l'âge de 10-11 ans[185], avec une légère tendance à l'augmentation ces quinze dernières années. La prévalence de l'asthme infantile estimée en France est proche de la moyenne des pays de l'Union européenne (9,4 %)[186], et nettement inférieure à celles observées dans les pays anglophones (de 16 à 20 %[187]). En 2015, les enfants âgés de moins de 15 ans représentaient 65 % des séjours hospitaliers pour asthme en France (hors Mayotte)[188], et ceux âgés de moins de 10 ans plus de la moitié des séjours alors qu'ils ne correspondaient qu'à 10 % de la population.

Une augmentation spectaculaire de la fréquence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et adolescents a été observée dans les pays occidentaux au cours de la seconde moitié du XX^{ème} siècle[189]. Comme la Cour l'a récemment souligné[190], la France a été plutôt préservée. En effet, depuis les années 2000, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants est stable, avec une légère tendance à la diminution, comme le montrent les enquêtes périodiques en milieu scolaire de la Drees et de Santé publique France.

[182] *Global initiative for asthma* (Gina), *Global strategy for asthma management and prevention*, 2021

[183] La fréquence de « sifflements dans la poitrine » est toujours supérieure à la fréquence d'asthme diagnostiqué. Par ailleurs, la fréquence d'une « crise asthme au cours de la vie » dans les enquête est toujours supérieure à la prévalence de l'asthme, en raison notamment des asthmes viro-induits des premières années de vie qui disparaissent vers l'âge de 5-6 ans.

[184] M. C. Delmas et coll., *Augmentation de la prévalence de l'asthme chez le jeune enfant en France*, Revue des maladies respiratoire, 2017.

[185] Drees, Études et résultats n° 993, *La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale*, février 2017.

[186] O. Selroof et coll., *National and regional asthma programmes in Europe*, European Respiratrory Review, 2015.

[187] Global Asthma Network, *The Global Asthma Report*, 2018.

[188] 62 882 séjours au total.

[189] T. Lobstein et coll., *Child and adolescent obesity: part of a bigger picture*, The Lancet, 2015.

[190] Cour des comptes, *La prévention et la prise en charge de l'obésité*, Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, novembre 2019 (disponible sur ccomptes.fr).

Tableau n° 14 : évolution de la prévalence de surpoids et de l'obésité en grande section de maternelle et en CM2

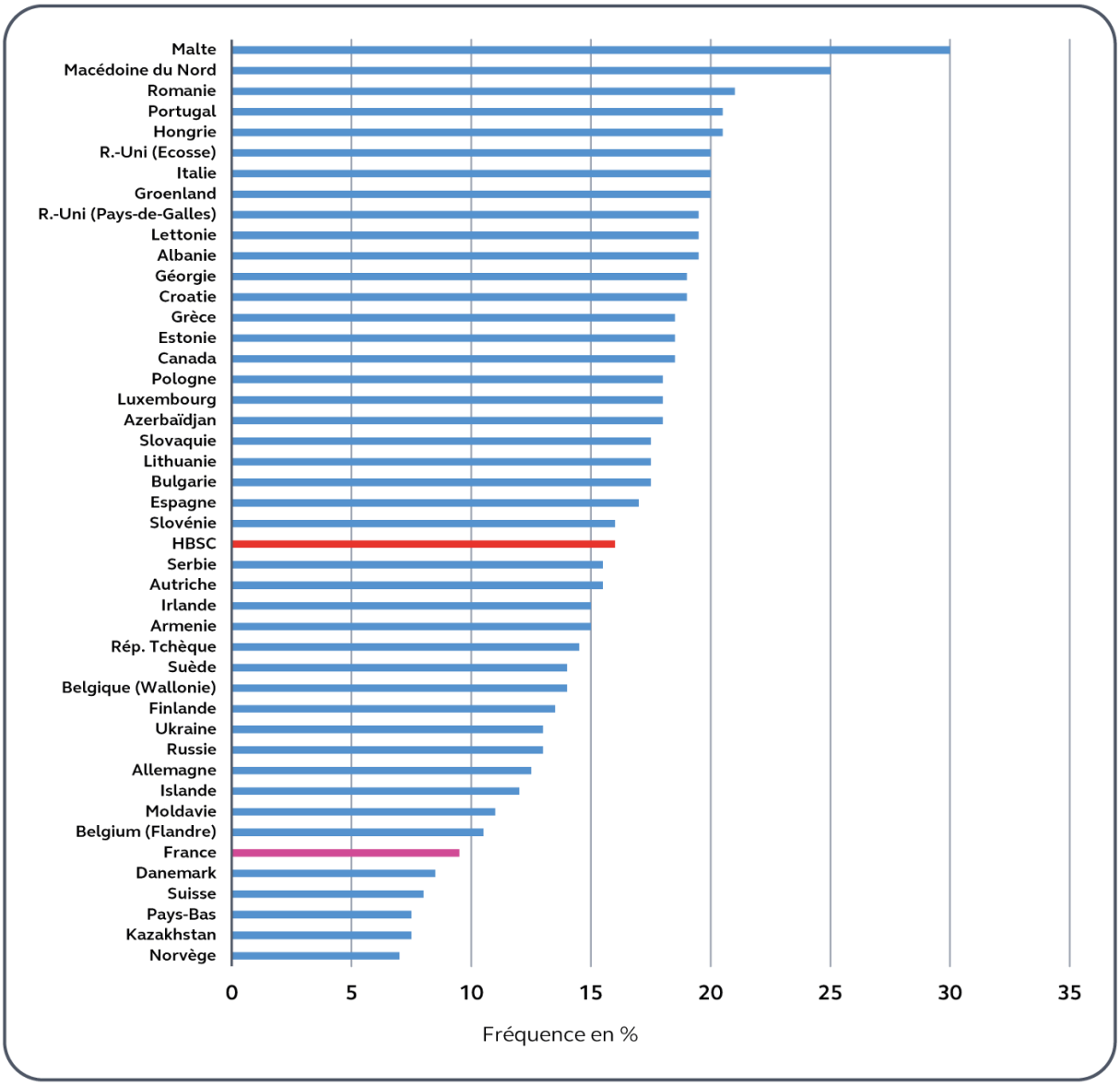
Classes (âge)	**Année de fin de recueil**	**Surpoids (incluant l'obésité) (%)**	**Dont obésité (%)**
Grande section de maternelle (5-6 ans)	2000	14,3	3,9
	2006	12,4	3,2
	2013	11,9	3,5
CE1-CE2 (7-9 ans)	2000	18,7	4,0
	2007	19,5	4,5
	2016	16,5	4,4
CM2 (10-11 ans)	2002	19,9	4,1
	2008	19,7	3,7
	2015	18,1	3,6

Source : Drees, enquêtes en milieu scolaire (grande section et CM2) ; Santé publique France, enquêtes sur la corpulence des enfants de 7 à 9 ans (CE1-CE2)
Note : la prévalence du surpoids intègre celle de l'obésité.

Selon la dernière enquête internationale HBSC de l'OMS[191], la France[192] était ainsi en 6ème position parmi les 42 pays participant en 2018 pour le taux d'enfants de 11 ans en situation de surpoids ou d'obésité, et en 3e position des pays de l'Union européenne derrière les Pays-Bas et le Danemark (voir le graphique suivant).

[191] L'enquête *Health behavioural in school-aged children* (HBSC) est réalisée tous les 4 ans depuis 1982, sous l'égide du bureau Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La France y participe depuis 1994. Actuellement, 50 pays, essentiellement européens mais aussi nord-américains, collectent des données déclarées sur la santé, la vie scolaire et les comportements de santé des élèves âgés de 11, 13 et 15 ans avec une méthodologie standardisée.
[192] OMS, *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada, 2020.*

Graphique n° 6 : fréquence du surpoids ou de l'obésité (en %) des enfants de 11 ans en 2018 dans les pays participants à l'enquête HBSC



Source : données de l'enquête HBSC 2018 (OMS European health information gateway). Traitement et représentation Cour des comptes. Les taux de surpoids présentés sont les moyennes des prévalences observées chez les garçons et les filles de 11 ans selon les seuils adoptés par l'International Obesity Taskforce (IOTF).

Entre les deux vagues de l'enquête en 2014 et 2018, les taux de surpoids et d'obésité ont diminué de 3 points chez les filles comme chez les garçons à 11 ans. À l'opposé, certains pays comme l'Autriche, qui avait un positionnement plutôt favorable en 2014, ont vu leur situation se dégrader en 2018. Ce positionnement favorable de la France se voit également à l'échelle des pays de l'OCDE, avec un des taux de surpoids des enfants de moins de 15 ans en France parmi les plus faibles des pays membres[193].

[193] Source: OCDE.

Des progrès en matière de santé dentaire qui suivent la dynamique européenne

Alors que les caries peuvent être prévenues par un suivi bucco-dentaire régulier et l'adoption de mesures d'hygiène simples, elles restent fréquentes chez les enfants et constituent le principal problème de santé bucco-dentaire. En compromettant le patrimoine dentaire, elles peuvent avoir des conséquences importantes sur le plan fonctionnel et psychosocial. Des coûts financiers majeurs peuvent aussi résulter ultérieurement des soins prothétiques découlant des pathologies carieuses. Les caries sont aussi responsables de la majorité des recours aux urgences dentaires des enfants de 6 à 11 ans, juste devant les traumatismes[194].

L'état de santé dentaire des enfants en France s'est amélioré. Depuis le lancement du programme M'T Dents par l'assurance maladie en 2007, selon les enquêtes de la Drees, la part d'enfants indemnes de caries en grande section de maternelle (84 % en 2013) ou en CM2 (67,9 % en 2015) a légèrement augmenté. Cependant, en grande section de maternelle, deux tiers des caries observées n'étaient pas soignées ; cette proportion était d'un peu plus d'un tiers chez les élèves de CM2.

Tableau n° 15 : proportion d'enfants indemnes de caries à 5-6 ans et à 10-11 ans

Classes (âge)	**Année de fin de recueil**	**Proportion d'enfants indemnes de caries (%)**
Grande section de maternelle (5-6 ans)	2006	83,1
	2013	84,0
CM2 (10-11 ans)	2008	60,4
	2015	67,9

Source : Drees, enquêtes en milieu scolaire

L'absence d'étude internationale et de données françaises récentes rend d'autant plus difficiles les comparaisons internationales que les choix méthodologiques des études nationales varient significativement. Néanmoins, selon les données de l'*Institute of health metrics and evaluation*[195], la France se situerait dans une position moyenne par rapport aux autres pays européens avec une estimation de 20 % des enfants de moins de 5 ans avec au moins une carie sur les dents de lait, soit une proportion entre le Danemark (14 %) et l'Allemagne (22 %)[196]. La fréquence, sans doute sous-évaluée, des caries sur les dents définitives chez les 5-14 ans est estimée à 22 % en France contre 19 % pour l'Union européenne et 17 % pour l'OCDE[197].

[194] A. Tenenbaum et coll., *Consultations pour urgence bucco-dentaire chez les enfants : étude rétrospective en Île-de-France*, Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2020.
[195] Données du *Global burden of disease*, IHME, université de Washington. Indicateurs : *caries of decidious teeth* et *caries of permanent teeth.*
[196] Royaume-Uni : 12 % ; Pays-Bas : 21 % ; Union européenne : 25 % ; OCDE : 33 %.
[197] Royaume-Uni : 17 % ; Danemark : 15 % ; Pays-Bas : 17 % ; Allemagne : 17 %

En revanche, la situation se dégrade en matière d'hygiène bucco-dentaire. Si la France est dans la première moitié du tableau européen selon l'enquête HBSC 2018, la part des garçons de 11 ans qui se brossent les dents plus d'une fois par jour a diminué : ils sont 68 % en 2018 contre 72 % en 2014[198].

B - Des constats encore préoccupants, sans amélioration notable

Si l'état de santé des enfants en France s'est globalement amélioré, certains constats restent d'autant plus préoccupants qu'ils n'ont connu aucune évolution favorable depuis des années.

Des indicateurs relatifs à la santé périnatale qui ne s'améliorent toujours pas

En 2006[199] et en 2012[200], la Cour avait déjà souligné la situation préoccupante de la France en matière de santé périnatale, avec une stagnation des principaux indicateurs à un niveau élevé après une très légère amélioration[201] sur la période 2000-2006.

Selon le dernier rapport du programme Euro-peristat de novembre 2018, la France se situait toujours dans le dernier tiers des pays européens en termes de mortalité néonatale, avec un taux de 2,4 décès pour 1000 naissances vivantes[202]. Les données françaises postérieures à cette étude, produites par la Fnors à partir des données d'état civil, ne font état d'aucune amélioration significative avec un taux qui se maintient à 2,5 décès pour 1000 naissances vivantes.

Les territoires d'Outre-mer connaissent des taux de mortalité néonatale, sur la période 2017-2019, deux fois supérieurs à la moyenne de la France métropolitaine, allant de 4,6 pour 1000 naissances vivantes à La Réunion à 6,5 en Guyane. Seul le Territoire de Belfort dépasse ces taux ultramarins depuis 2016 (8,5/1000 pour la période 2017-2019). Un constat comparable peut être fait pour la mortalité infantile.

[198] Une étude pilote réalisée auprès des enfants de la cohorte Elfe à 10 ans et demi en 2020 semble confirmer cette tendance pour les enfants en France.
[199] Cour des comptes, *La politique de périnatalité*, Rapport public annuel (RPA) 2006 (disponible sur ccomptes.fr).
[200] Cour des comptes, *La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation,* RPA 2012 (disponible sur ccomptes.fr).
[201] La mortalité néonatale précoce correspond aux décès survenus avant 7 jours. L'ensemble de la mortalité néonatale (décès avant 28 jours) et post-néonatale (décès entre 28 jours et 1 an) constitue la mortalité infantile (décès avant 1 an).
[202] Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report, *Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015*, novembre 2018. Le programme européen Euro-peristat permet de comparer les indicateurs relatifs à la santé périnatale de 31 pays de l'Europe élargie. Le tiers des pays ayant les taux de mortalité néonatale les plus élevés en 2015 (≥ 2,4/1000 naissances vivantes) comptait la Bulgarie (4,4), la Croatie (3,2), la France (2,4), la Grèce (2,8), la Lettonie (2,5), la Lituanie (2,4), la Hongrie (2,7), Malte (3,6), les Pays-Bas (3,0), la Pologne (2,9), la Roumanie (4,3) et l'Irlande du Nord (3,6). Le pays avec le taux le plus faible au sein du programme était la Slovénie (0,7 pour 1 000 naissances vivantes) et la médiane pour l'ensemble du programme était de 2,1 morts néonataux pour 1 000 naissances vivantes.

Une situation critique sur le plan de la mortinatalité

Comme la Cour l'avait déjà relevé, la France figure toujours dans une situation très préoccupante concernant la mortinatalité par rapport à ses voisins européens. Les résultats de la dernière vague de l'enquête Euro-Peristat place la France systématiquement dans la seconde moitié du tableau européens quel que soit l'indicateur de mortinatalité considéré, à un niveau critique lorsque l'on observe la mortinatalité totale[203], et à un niveau qui reste préoccupant lorsqu'on se limite à la mortinatalité spontanée. Aucune amélioration notable n'a été constatée depuis 2014 en France d'après les derniers travaux de la Drees[204]

En 2018, le taux de mortinatalité spontanée en France était de 5,4 enfants morts-nés pour 1 000 naissances, et de 10,6 pour les territoires ultramarins, ce qui est supérieur à celui observé dans la majorité des pays d'Amérique du Sud ou d'Afrique du Nord.

Alors que les taux de mortinatalité ont diminué dans tous les pays européens depuis 2000, y compris dans des pays comme la Roumanie, la Lettonie ou la Croatie qui enregistraient alors des taux très élevés, la situation française est l'une des seules à ne pas s'améliorer dans l'Union européenne d'après les estimations récentes de l'*UN Inter-agency group for child mortality*.

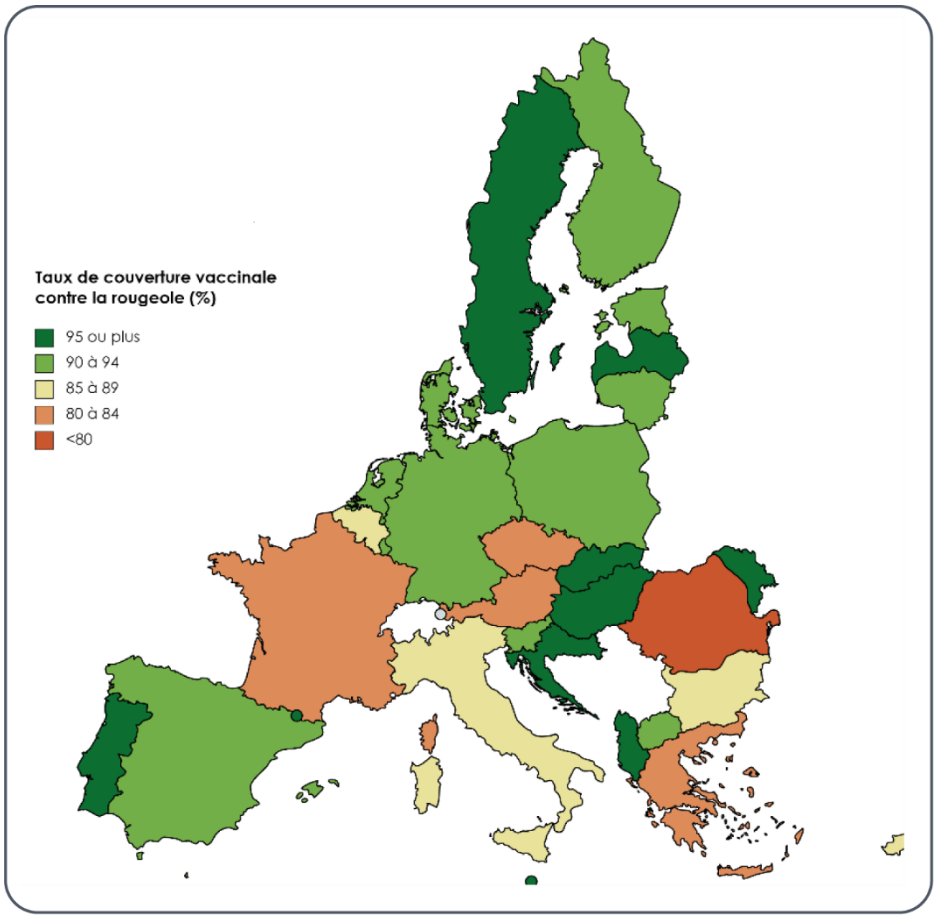
Un tableau en demi-teinte concernant la couverture vaccinale

La France se situe toujours dans la seconde moitié des pays européens malgré une amélioration pour certains vaccins, partiellement liée à l'extension de l'obligation vaccinale : la couverture pour le vaccin anti-méningocoque C est passée de 48 % en 2011[205] à près de 90 % en 2020 ; celle pour le vaccin contre l'hépatite B atteint plus de 90 % en 2020 (contre 25 % au début des années 2000).

Le problème majeur reste la vaccination contre la rougeole puisque la France est passée de la dernière position en Europe à l'avant dernière, devant la Roumanie, et à égalité avec la Grèce avec l'un des taux de couverture chez les enfants le plus faible d'Europe selon l'OMS et le centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Le taux de couverture vaccinale en France est passé de 60 % en 2010 à 84 % en 2020 selon Santé publique France.

[203] Morts fœtales spontanées et interruptions médicales de grossesses.
[204] Drees, Études et résultats n° 1199, *Stabilité de la mortalité périnatale entre 2014 et 2019*, juillet 2021.
[205] Cour des comptes, *La politique vaccinale : un enjeu de santé publique*, une confiance à conforter, RPA 2018 (disponible sur ccomptes.fr).

Carte n° 13 : couverture vaccinale contre la rougeole dans les pays de l'Union européenne en 2019



Source : Cour des comptes à partir des données de l'OMS

Le cas particulier du BCG

Le vaccin antituberculeux (BCG) ne protège pas de l'infection par Mycobacterium tuberculosis, mais diminue l'incidence des formes graves avec une efficacité variable de 50 % à 80 %, et très limitée chez l'adulte[206]. Sa place dans la politique de santé publique a beaucoup évolué en France, y compris pour faire face à une pénurie de doses.

Alors qu'il était obligatoire depuis 1950, le BCG n'est plus exigé depuis 2007 pour les enfants accueillis dans une structure collective. Malgré la fin de cette obligation et une couverture vaccinale qui a largement diminué au plan national, les cas de tuberculose ont continument diminué depuis 2007, et les formes sévères de tuberculose sont devenues très rares en France (8 cas en 2018 et 10 cas en 2019 chez les moins de 15 ans). Les nouveaux cas se concentrent principalement dans trois territoires : l'Île-de-France, la Guyane et Mayotte[207].

[206] M. Foster et coll., *BCG-induced protection against Mycobacterium tuberculosis infection: Evidence, mechanisms, and implications for next-generation vaccines*, Immunological Review, 2021.
[207] BEH n° 10-11, *La tuberculose en France : une maladie des populations les plus vulnérables*, avril 2020.

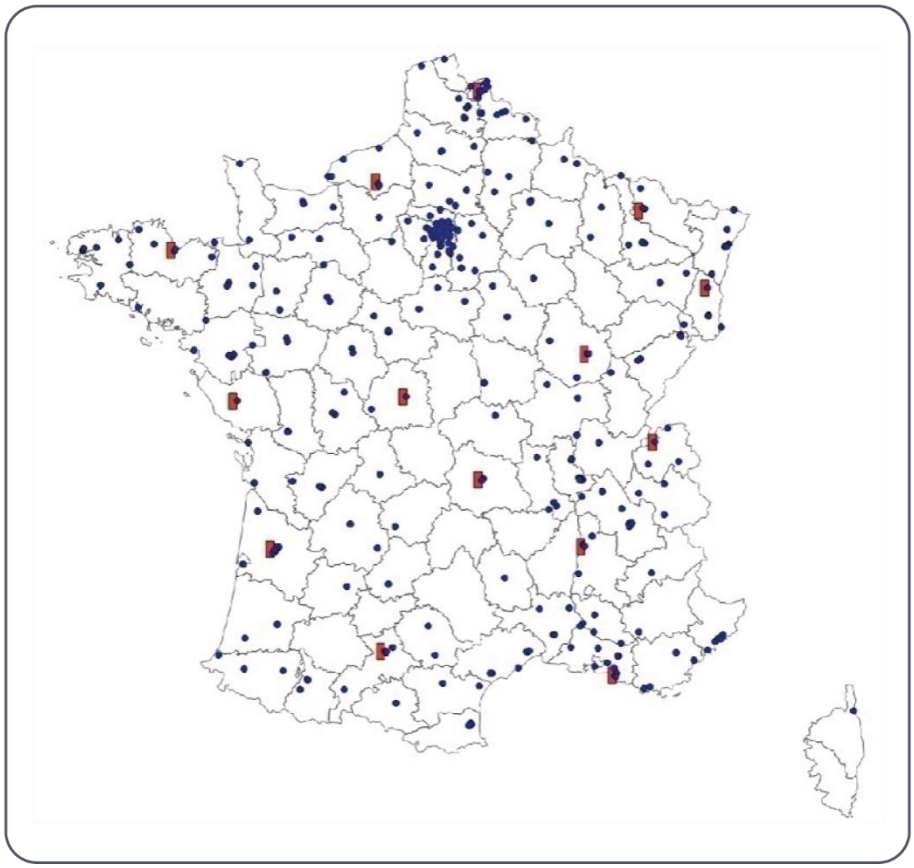
Annexe n° 6 : la cohorte d'enfants Elfe

Dans le cadre de cette enquête, la Cour et l'Ined ont mis en œuvre un partenariat afin de documenter les inégalités de santé dans l'enfance à partir des données de la cohorte Elfe (Étude Longitudinale Française dans l'enfance[209]).

La cohorte Elfe

Cette cohorte[210] est portée par l'institut national d'études démographiques (Ined) en collaboration avec l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et l'établissement français du sang (EFS) et vise à suivre l'état de santé et le développement, de leur naissance à l'âge adulte, de 18 329 enfants nés en 2011 et recrutés dans 349 maternités sélectionnées aléatoirement parmi les 540 maternités métropolitaines.

Carte n° 14 : maternités sélectionnées aléatoirement pour le recrutement des enfants de la cohorte



Source : cohorte Elfe.

[209] elfe-france.fr.

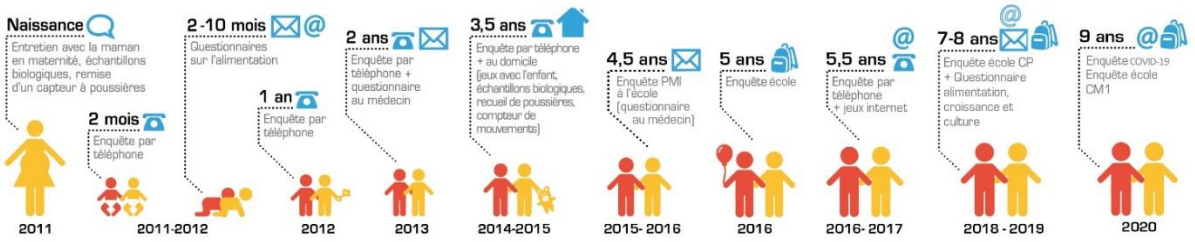
[210] Ce projet a été financé par le programme Investissements d'avenir (ANR-11-EQPX-0038), l'institut de recherche en santé publique (Iresp TGIR 2009– 01 programme), la direction générale de la recherche et de l'innovation, la direction générale de la prévention des risques, la direction générale de la santé, le ministère de la culture et la caisse nationale d'allocations familiales.

Les naissances prématurées avant 33 semaines d'aménorrhée de l'année 2011 ont été exclues de l'étude Elfe et incluses dans une autre étude (Epipage 2, Étude épidémiologique sur les petits âges gestationnels). Le recrutement a été réalisé en quatre vagues réparties sur l'année 2011 et sur un total de 25 jours. C'est à ce jour la plus grande cohorte de naissance en France. Elle a été labellisé Investissement d'avenir dans le cadre du projet d'équipement d'excellence RE-CO-NAI regroupant les deux cohortes Elfe et Epipage2.

Le descriptif méthodologique de la cohorte a été publié dans l'*American Journal of Epidemiology* en 2020[211]. Différentes publications sur l'alimentation des nouveau-nés, leur santé respiratoire et la santé périnatale ont été issues des données récoltées dans le cadre de ce suivi de cohorte.

Les enfants bénéficient d'un suivi périodique (environ chaque année de vie à partir d'un an) sous la forme d'un questionnaire destiné aux parents ainsi qu'au médecin traitant (à 2 ans) ou au médecin de PMI (à 4 ans, dans la cadre du bilan en école maternelle). Ces questionnaires ont permis de renseigner leur état de santé (maladies respiratoires, maladies infectieuses, traumatismes), leur alimentation, leur développement physique et comportemental et leur cadre et environnement de vie (ainsi que les expositions environnementales associées) ainsi que le recours aux soins et les acteurs du parcours de santé mobilisés.

Schéma n° 3 : étapes du suivi des enfants de la cohorte Elfe jusqu'en 2020



Source : cohorte Elfe

De nombreuses informations sur les comportements (temps passé devant les écran, activité physique…) et sur l'environnement social (revenus du foyer, catégorie socio-professionnelle des parents, composition du foyer, …) sont aussi disponibles.

Les données analysées spécifiquement pour ce rapport sont issues des questionnaires adressés aux parents pour les enfants âgés de 2 mois à 5,5 ans.

À chaque questionnaire, l'état de santé est apprécié sur la période précédente (« votre enfant a-t-il eu des sifflements dans la poitrine dans les 12 derniers mois » « votre enfant a-t-il eu un test pour mesurer son acuité visuelle depuis ses 3 ans ? ») et au moment du recueil des informations (« votre enfant porte-t-il des lunettes ? »).

[211] M. A. Charles et coll., *Cohort Profile: The French national cohort of children (Elfe): birth to 5 years*, International Journal of Epidemiology, 2020.

Pour les données de poids et tailles, sont rapportées par les parents à chaque âge à partir du carnet de santé ou issus des examens réalisés dans le cadre des examens spécifiques pour la cohorte à 2 ans (médecin traitant) et 4 ans (bilan PMI en école maternelle). Le surpoids et la minceur ont été définis à partir de 2 ans selon les références de l'*International Obesity Task Force212.* Avant cet âge, la prévalence des valeurs de poids inférieure ou supérieure à deux Z-scores (soit environ les 2,5^{éme} et 97,5^{éme} percentile) par rapport aux références françaises 2019[213] ont été calculées

Les données recueillies permettent donc d'estimer la prévalence des évènements de santé dans cette population, et d'identifier les professionnels de santé consultés.

Ces prévalences ont été analysées spécifiquement pour ce rapport en fonction :

- de caractéristiques sociales : niveau d'étude maternel, revenus mensuel du foyer par unité de consommation[214] ;

- de caractéristiques territoriales en fonction de la commune d'habitation déclarées à chaque âge : le nombre d'habitant de l'aire urbaine selon la caractérisation Insee[215] (les chiffres 2010 ont été utilisés aux âges 2 mois et 2 ans et ceux de 2015 aux âges 3,5 et 5,5 ans) ; l'indice de désavantage social[216] de la commune (les chiffres 2009 ont été utilisés aux âges 2 mois - 2 ans et ceux de 2015 aux âges 3,5 et 5,5 ans).

Pour estimer des prévalences pertinentes pour la population des enfants nés en 2011 de mères majeures en France métropolitaine (hors grands prématurés), les données brutes ont été pondérées pour corriger les biais de sélection initiale liés à l'acceptation de participer à la cohorte ainsi que les biais d'attrition au cours du suivi[217]. Les analyses tiennent compte du plan de sondage initial[218] Les prévalences sont données avec leur intervalle de confiance à 95 % (IC95[219]). Les associations entre les paramètres de santé et les caractéristiques socio-territoriales ont été effectuée par test du $\chi 2$.

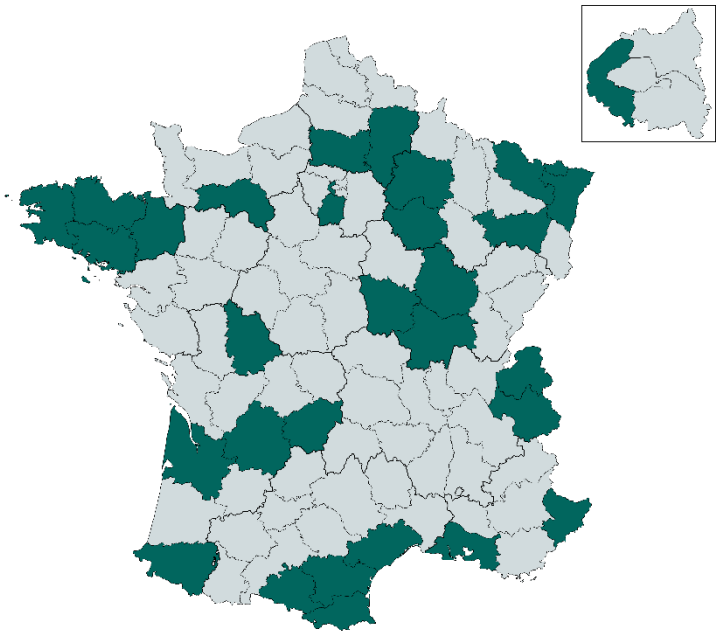
D'autres données ont été extraites des publications de deux études complémentaires : l'enquête Elfe-PMI (voir en cadré ci-dessous) et l'enquête réalisée au cours du premier confinement auprès des enfants de la cohorte Elfe en 2020 dans le cadre du projet inter-cohortes Sapris.

[212] T. Cole T et coll., *Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity*, Pediatric Obesity, 2012.
[213] B. Heude et coll., *A big-data approach to producing descriptive anthropometric references: a feasibility and validation study of paediatric growth charts* The Lancet Digital Health, 2019.
[214] Pour plus d'information : voir la description des variables sociodémographiques construites de la cohorte Elfe sur le site de l'étude Elfe.
[215] Voir le site de l'étude Elfe.
[216] G. Rey et al., *Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the period 1997 – 2001: variations with spatial scale, degree of urbanicity, age, gender and cause of death*, BMC Public Health, 2009.
[217] Pour plus d'information sur le calcul des pondérations pour la cohorte Elfe, voir le site de l'étude.
[218] Pour plus d'information, voir le site de l'étude.
[219] Lorsqu'un intervalle de confiance à 95 % est associé à une fréquence, cela signifie que cet intervalle a 95 % de chances de contenir la valeur réelle que l'on cherche à estimer.

L'enquête Elfe-PMI

L'enquête Elfe-PMI est une enquête transversale réalisée en 2014-2016 concernant des enfants nés en 2011 l'un des 25 jours de naissance d'inclusion de la cohorte Elfe et porte spécifiquement sur le bilan de santé réalisé en école maternelle (BSEM) auprès des enfants de 3-4 ans. La population d'étude (9939 enfants au total) comprend sous-groupe d'enfants appartenant à la cohorte Elfe (3124 enfants). L'étude a été réalisée dans trente départements.

Carte n° 15 : départements ayant participé à l'étude ELFE-PMI



Source : enquête Elfe-PMI, représentation par le Cour des comptes

Cette étude a permis notamment de documenter l'hétérogénéité des modalités d'organisation des BSEM, de décrire l'état de santé de développement des enfants évalué lors de cet examen et, pour les enfants de la cohorte Elfe, d'apprécier la place de cet examen dans le parcours de santé, notamment en termes d'orientation dans le système de santé à la suite des dépistages. Les premiers résultats de cette enquête ont été publiés en 2019 et 2020[220].

L'étude Sapris lors du premier confinement

Au printemps 2020, l'étude Sapris, commune à différentes cohortes françaises, a permis de décrire l'impact du premier confinement sur les conditions de vie, les comportements et la santé (sommeil, difficultés socio-émotionnelles) d'un sous-échantillon des cohortes Elfe et Epipage2[221] (5000 enfants âgés de 8 et 9 ans).

[220] BEH n° 1, *Bilan de santé des enfants de 3-4 ans en école maternelle par la Protection maternelle et infantile en 2014-2016 : disparités départementales des pratiques*, janvier 2020.
[221] Ined, Populations et société n° 585, *Les enfants à l'épreuve du premier confinement*, janvier 2021.

Les principaux événements rencontrés entre la naissance et 5,5 ans

Les fréquences des principaux événements de santé analysés à partir de la cohorte Elfe pour ce rapport sont présentées dans le tableau suivant pour les âges de 1 an, 3,5 ans et 5,5 ans.

Tableau n° 16 : fréquence (et intervalle de confiance à 95 %) des principaux événements de santé estimés à partir de la cohorte Elfe pour les enfants nés en 2011 en France Métropolitaine, hors grands prématurés

	Fréquence en % (IC95)		
	À 1 an (~2012)[a]	À 3,5 ans(~2015)	À 5,5 ans (~2017)
Asthme diagnostiqué	--	7,3 (6,7-7,9)	15,9 (15,0-16,8)
Sifflements dans les 12 mois précédents	26,8 (25,9-27,8)	15,3 (14,5-16,2)	12,8 (11,4-13,9)
Surpoids (dont obésité)b	--	7,7 (1,65)	--
Dents cariées	--	3,8 (3,3-4,3)	12,1 (11,3-13,0)
Port de lunettes	0,7 (0,5-0,9)	5,8 (5,2-6,3)	19,5 (18,5-20,4)
Trouble de l'audition	0,6 (0,4-0,8)	3,5 (3,1-4,0)	5,6 (5,0-6,1)

Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes
Note a : Les enfants n'ont en général pas de carie avant 1 an. Un diagnostic d'asthme n'est en général pas posé à cet âge.
Note b : La prévalence rapporté ici dans la colonne 3,5 ans correspond aux mesures effectuées entre 2 et 4,5 ans par un médecin dans le cadre de l'étude ou relevées dans les parents dans carnet de santé et rapportées lors des questionnaires 5,5 ans ou ultérieurs.

À un an, plus d'un enfant né en 2011 sur 4 avaient eu des sifflements dans la poitrine au cours de l'année, qui restent l'évènement de santé le plus fréquent, avec les symptômes évocateurs d'eczéma (un enfant sur quatre également). Les troubles de la vue et de l'audition dépistés sont très peu fréquents à cet âge (moins de 1 % des enfants). Si on se réfère aux références françaises de 2019, 3,3 % des enfants avaient un « petit poids » et 2,2 % un poids élevé entre 8 et 16 mois (le surpoids n'est défini officiellement qu'à partir de 2 ans).

À 3,5 ans, les troubles les plus fréquemment rapportés sont de nature respiratoire (asthme et symptômes évocateurs d'asthme. À cet âge, un peu moins de 4 % des parents déclaraient que leur enfant avait eu des caries.

À 5,5 ans, un enfant sur cinq nés en 2011 portaient des lunettes (majoritairement pour hypermétropie et astigmatisme). La fréquence des sifflements dans la poitrine (12,2 %) diminuait par rapport à celle déclarée à 3 ans. Les dents cariées concernaient davantage d'enfants qu'à 3 ans et demi : plus d'un sur dix a eu au moins une carie d'après ses parents. Ces différentes prévalences sont très proches de celles estimées par l'enquête de la Drees en grande section de maternelle en 2013 (18 % pour le port de lunettes, 12 % pour les sifflements et 16 % pour les caries, dont 5,5 % uniquement étaient traitées).

Analyse de la santé des enfants en fonction de caractéristiques sociales et territoriales

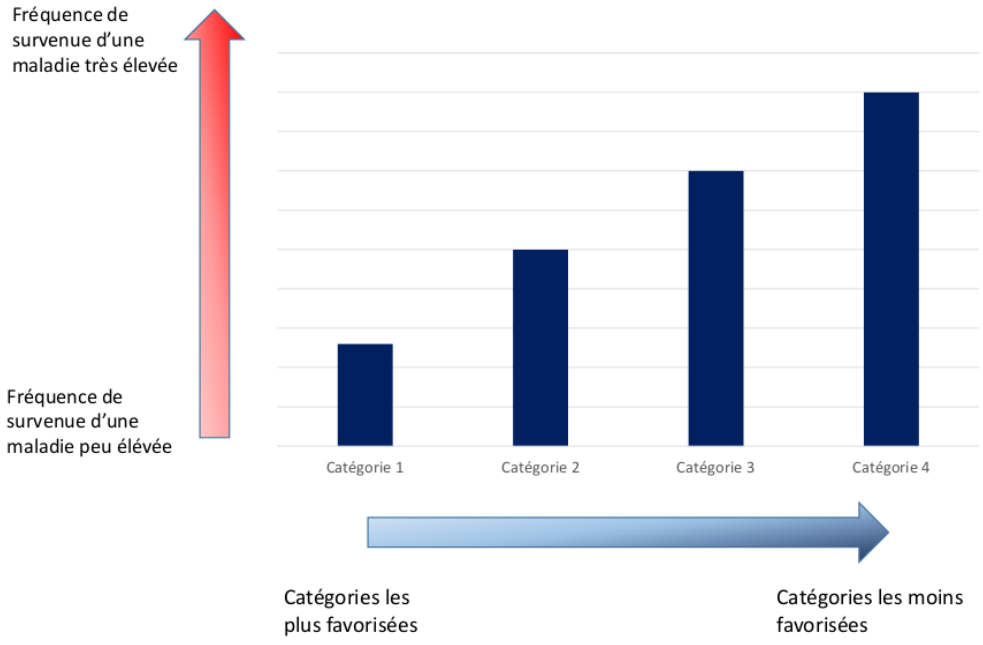
Plusieurs centaines d'analyses ont été réalisées pour documenter les constats présentés dans ce rapport. Seuls les résultats commentées dans le corps du rapport sont présentés ci-après. Les principaux résultats issus des analyses réalisés dans le cadre de ce partenariat sont présentés dans les tableaux ci-après pour les enquêtes 1 an, 3,5 ans et 5,5 ans. Les résultats présentés sont redressés pour tenir compte des biais de sélection et d'attrition liés à la méthodologie de l'étude.

Le gradient social, une notion clé pour l'étude des inégalités de santé

La notion de gradient social traduit l'augmentation régulière de la fréquence d'une maladie des catégories les plus favorisées vers les plus défavorisées. Ce gradient a été largement documenté dans des travaux épidémiologiques de grande ampleur. Les données montrent qu'en général, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé. Il s'agit d'un phénomène mondial qui concerne tous les pays, quel que soit leur PIB ou leur indice de développement humain.

Néanmoins, l'observation de ce gradient dans les enquêtes épidémiologiques n'est pas systématique et dépend des événements de santé observés. Aussi, il peut être plus ou moins marqué. Certaines politiques publiques visent précisément à réduire ce gradient social et à estomper ainsi les différences d'état de santé observé entre les différentes catégories de la population.

Graphique n° 7 : descriptif conceptuel de la notion de gradient social de santé



Source : Cour des comptes

Le choix de l'indicateur socio-économique est important pour « classer » les individus dans les enquêtes : il est possible de se fonder sur le revenu de l'individu ou du foyer, sur l'activité professionnelle (avec ou sans emploi), sur le niveau de diplôme, sur la catégorie socio-professionnelle, sur l'environnement de vie à travers par exemple l'indice de désavantage social de la commune, ou la pauvreté de l'entité territoriale de résidence.

Lorsque différentes classes sont comparées, la colonne p présente la p-value. Lorsque celle-ci est inférieure à 0,05, on considère qu'il y a une différence statistiquement significative entre les différentes classes pour la variable observée.

Poids entre 8 et 16 mois

Tableau n° 17 : poids des enfants à 1 an en fonction du niveau des quintiles* de revenus du ménage par unité de consommation (fréquence en % avec l'intervalle de confiance à 95 %)

	Quintile 1 (inférieur)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5	p
						0,0007
Petit poids	4,1 (3,0-5,2)	3,5 (2,6-4,4)	3,3 (2,4-4,2)	2,7 (2,00-3,47)	1,9 (1,4-2,5)	
Poids normal	93,3 (92,0-94,7)	93,9 (92,7-95,1)	94,7 (93,5-95,8)	96,1 (95,3-97,0)	96,7 (95,8-97,5)	
Poids élevé	2,5 (1,7-3,3)	2,6 (1,7-3,52	2,0 (1,2-2,78	1,1 (0,7-1,6)	1,4 (0,8-2,1)	

Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes
** inférieur ou supérieur à 2 Z-scores (soit environ les 2,5éme et 97,5éme percentile) par rapport aux références françaises 2019*
*** Q1 < 1143 Q2:-1458 Q3 :-1762 Q4 :-2222 Q5>2222 €*

État de santé à 3,5 ans

Tableau n° 18 : prévalence (en % et IC95) des symptômes ou pathologies fréquents présentés par les enfants de 3,5 ans nés en 2011 en France Métropolitaine (hors grands prématurés) en fonction du niveau de diplôme de la mère

Symptôme ou pathologie	Niveau bac ou inférieur	Bac +2	2ème cycle universitaire (Licence-Maitrise)	3ème cycle universitaire Grandes écoles	p
Dents cariées	5,2 (4,3-6,1)	2,3 (1,6-3,1)	2,6 (1,7-3,4)	2,3 (1,6-2,9)	<0,001
Crise d'asthme dans les 12 derniers mois	8,5 (7,4-9,6)	6,9 (5,8-8,1)	5,5 (4,4-6,6)	6,0 (5,0-7,1)	<0,001
Corpulence entre 2 ans et 4,5 ans selon les références IOTF					
Minceur grade 2 et 3	9,7 (8,2-11,0)	7,2 (6,0-8,4)	7,6 (6,3-9,0)	8,2 (6,9-9,4)	<0,0001
Corpulence normale ou minceur grade1	80,3 (79,1-82,6)	85,9 (84,2-87,6)	86,6 (84,8-88,4)	86,3 (84,7-87,9)	
Surpoids	7,3 (628-8,5)	5,4 (4,3-6,5)	4,5 (3,4-5,6)	4,5 (3,5-5,4)	
Obésité	2,1 (1,5-2,7)	1,5 (0,8-2,1)	1,3 (0,6-2,1)	1,0 (0,5-1,5)	

Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes

Tableau n° 19 : prévalences en % (IC95) des symptômes ou pathologies/traitement présentés par les enfants de 3,5 ans nés en 2011 en France Métropolitaine (hors grands prématurés) en fonction du quintile* de revenus mensuels du ménage par unité de consommation

Symptôme ou pathologie	**Quintile 1 (inférieur)**	**Quintile 2**	**Quintile 3**	**Quintile 4**	**Quintile 5**	**p**
Dents cariées	6,4 (5,1-7,7)	3,2 (2,3-4,2)	2,5 (1,6-3,5)	2,6 (1,7-3,4)	1,8 (1,2-2,4)	<0,0001
Crise d'asthme dans les 12 derniers mois	9,7 (8,1-11,2)	6,4 (5,1-7,6)	6,2 (4,8-7,5)	7,7 (6,3-9,1)	5,5 (4,4-6,6)	<0,0001
Corpulence entre 2 ans et 4,5 ans selon les références IOTF						<0,0001
Minceur grade 2 et 3	9,0 (7,3-10,7)	8,7 (7,0-10,3)	8,7 (7,1-10,3)	7,8 (6,4-9,2)	9,0 (7,5-10,5)	
Corpulence normale ou minceur grade1	79,8 (77,5-82,2)	84,3 (82,3-86,4)	84,1 (82,0-86,17)	85,7 (83,8-87,5)	87,4 (85,7-89,1)	
Surpoids	7,9 (6,3-9,5)	5,7 (4,4-7,1)	5,8 (4,5-7,2)	5,5 (4,2-6,7)	3,0 (2,1-3,9)	
Obésité	3,2 (2,2-4,2)	1,2 (0,7-1,8)	1,4 (0,7-2,)	1,1 (0,6-1,6)	0,5 (0,2-0,8)	

Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes
** Q1 < 1143 Q2:-1458 Q3 :-1762 Q4 :-2222 Q5>2222 €*

Tableau n° 20 : prévalence du surpoids et de l'obésité (en % et IC95) chez les enfants de 3,5 ans nés en 2011 en France Métropolitaine (hors grands prématurés) en fonction de l'indice de désavantage social de la commune de résidence*

Symptôme ou pathologie	**Quintile 1 (inférieur)**	**Q2**	**Q3**	**Q4**	**Q5**	**p**
Minceur grade 2 et 3	7,6 (6,3-9,0)	7,6 (6,0-9,1)	8,5 (6,9-10,1)	9,1 (7,4-10,8)	9,7 (7,9-11,5)	0,004
Corpulence normale ou minceur grade1	85,9 (83,9-87,9)	85,9 (83,8-88,0)	85,4 (83,4-87,5)	82,1 (79,8-84,4)	80,7 (78,3-83,1)	
Surpoids	4,9 (3,5-6,2)	5,0 (3,6-6,45	4,8 (3,6-6,1)	7,6 (6,0-9,2)	7,1 (5,5-8,6)	
Obésité	1,6 (0,74-2,42	1,5 (0,7-2,4)	1,2 (0,7-1,8)	1,2 (0,6-1,9)	2,5 (1,5-3,4)	

Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes
** Indice Fdep 2015 ; d'après Rey G, et al : BMC Public Health 2009, 9:33.*

Tableau n° 21 : prévalence (% et IC95) des symptômes ou pathologies présentés par les enfants de 3,5 ans nés en 2011 en France Métropolitaine (hors grands prématurés) en fonction de la taille de l'aire urbaine de résidence (en nombre d'habitants).

Symptôme ou pathologie	Rural	<200 000	200 000-500 000	500 000 – 1 000 000	Aire urbaine de Paris*	p
Dents cariées	3,3 (2,1-4,6)	3,6 (2,6-4,6)	3,6 (2,4-4,8)	4,1 (3,1-5,1)	4,1 (2,9-5,2)	0,87
Sifflement dans la poitrine dans les 12 derniers mois	17,4 (14,9-19,8)	14,6 (12,9-16,4)	15,3 (13,3-17,3)	15,1 (13,5-16,8)	15,0 (13,1-16,9)	0,40
Crise d'asthme dans les 12 derniers mois	6,8 (5,2-8,4)	6,8 (5,6-8,1)	6,4 (5,1-7,8)	7,8 (6,5-9,0)	8,4 (6,8-9,9)	0,28
*Corpulence selon les références IOTF entre 2 ans et 4,5 ans**						
Minceur grade 2 et 3	8,8 (6,9-10,7)	9,6 (7,9-11,2)	9,0 (7,2-10,6)	9,2 (7,7-10,6)	6,5 (5,2-8,0)	0,08
Corpulence normale ou minceur grade1	83,2 (80,7-85,8)	82,9 (80,8-85,0)	84,0 (81,8-86,1)	83,9 (82,1-85,7)	84,2 (82,1-86,4)	
Surpoids	6,3 (4,5-8,0)	6,5 (5,1-7,9)	5,6 (4,2-7,0)	5,2 (4,1-6,3)	6,8 (5,2-8,3)	
Obésité	1,6 (0,8-2,4)	1,0 (0,6-1,4)	1,6 (0,7-2,4)	1,7 (1,0-2,4)	2,4 (1,4-3,4)	

Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes
**Données Insee 2015.*

État de santé à 5,5 ans

Tableau n° 22 : Prévalences (% et IC95) des symptômes ou pathologies/ présentés par les enfants de 5,5 ans nés en 2011 en France Métropolitaine (hors grands prématurés) en fonction du niveau du diplôme de la mère

Symptôme ou pathologie	Niveau bac ou inférieur	Bac +2	2nd cycle universitaire (Licence-Maitrise)	3ème cycle universitaire-Grandes écoles	p
Dents cariées	16,0 (14,4-17,6)	9,6 (8,1-11,1)	8,2 (6,8-9,5)	7,2 (6,0-8,5)	<,0001
Sifflement dans la poitrine quel que soit l'âge	30,3 (28,3-32,2)	32,0 (29,8-34,2)	28,7 (26,5-30,8)	29,0 (26,9-31,1)	0,1682
Sifflement dans la poitrine dans les 12 derniers mois	13,0 (11,6-14,5)	13,4 (11,8-15,0)	11,0 (9,5-12,5)	9,9 (8,6-11,3)	0,0042
Asthme	16,7 (15,1-18,3)	16,3 (14,6-18,1)	14,4 (12,7-16,1)	14,4 (12,8-16,0)	0,0814

Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes

Tableau n° 23 : prévalences (en % et IC95) des symptômes ou pathologies/ présentés par les enfants de 5,5 ans nés en 2011 en France Métropolitaine (hors grands prématurés) en fonction du quintile* de revenus mensuel du ménage par unité de consommation

Symptôme ou pathologie	Quintile 1 (inférieur)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5	p
Dents cariées	18,3 (16,3-20,4)	11,9 (10,0-13,8)	8,7 (7,1-10,3)	8,3 (6,8-9,7)	6,3 (5,1-7,6)	<,0001
Sifflement dans la poitrine quel que soit l'âge	31,3 (28,9-3 3,7)	28,7 (26,4-31,1)	29,3 (26,9-31,7)	30,9 (28,6-33,2)	30,2 (27,9-32,6)	0,457
Sifflement dans la poitrine dans les 12 derniers mois	13,6 (11,9-15,4)	11,6 (9,9-13,2)	10,7 (9,1-12,3)	13,8 (12,0-15,7)	10,7 (9,1-12,3)	0,013
Asthme	17,3 (15,3-19,3)	15,3 (13,4-17,2)	14,9 (13,1-16,7)	16,8 (14,9-18,7)	14,3 (12,4-16,2)	0,119

Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes
** Q1 < 1143 Q2:-1458 Q3 :-1762 Q4 :-2222 Q5>2222 €.*

Tableau n° 24 : symptômes présentés (fréquence en % et IC95) par les enfants de 5,5 en fonction de la taille de l'aire urbaine de résidence (en nombre d'habitants).

Symptôme ou pathologie	Commune hors aire urbaine	< 199 999	200 000 - 499 999	500 000 - 999 999	Aire urbaine de Paris*	p
Dents cariées	12,3 (10,0-14,7)	12,8 (10,9-14,7)	10,7 (8,7-12,6)	12,0 (10,2-13,7)	11,7 (9,7-13,7)	0,67
Sifflement dans la poitrine quel que soit l'âge	31,2 (28,2-34,3)	29,1 (26,7-31,5)	29,0 (26,6-31,5)	30,8 (28,7-33,0)	29,3 (26,6-31,9)	0,63
Sifflement dans la poitrine dans les 12 derniers mois	11,2 (9,2-13,2)	12,8 (11,0-14,6)	12,6 (10,7-14,5)	11,9 (10,4-13,5)	12,3 (10,4-14,3)	0,80
Asthme	17,4 (14,9-19,9)	16,2 (14,2-18,2)	14,1 (12,2-15,9)	17,0 (15,2-18,9)	17,3 (15,0-19,5)	0,20

Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes
**données Insee 2015.*

Professionnels de santé consultés

Tableau n° 25 : professionnels de santé consultés dans la première année de vie pour les enfants nés en 2011 en France Métropolitaine (hors grands prématurés)

Consultations	**Fréquence (%)**	**IC95**
Réalisation de l'examen du 4ème mois	96,8	96,5 - 97,1
Réalisation de l'examen du 9ème mois	94,9	94,6 - 95,3
Nombre de consultations depuis la naissance :		
Généraliste		
0	41,6	40,8 - 42,4
1-5	15,0	14,4 - 15,6
6-10	21,6	20,9 - 22,3
>=10	21,8	21,1 - 22,5
Pédiatre		
0	48,5	47,7 - 49,4
1-5	8,0	7,5 - 8,4
6-10	25,3	24,6 - 26,0
>=10	18,2	17,6 - 18,8
Médecin de PMI		
0	90,7	90,1 - 91,1
>=1	9,4	8,9 - 9,9
Ophtalmologue		
Oui	10,4	9,9 - 10,9
Urgences au moins une fois		
Urgences hospitalières		
0	72,1	71,3 - 72,8
1	19,5	18,9 - 20,2
>=2	8,4	8,0 - 8,9
Autre médecin d'urgence	11,7	11,2 - 12,2

Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes

Tableau n° 26 : professionnels de santé consultés dans la première année de vie (fréquence en % et IC95) pour les enfants nés en 2011 en France Métropolitaine (hors grands prématurés) selon le niveau de diplômes de la mère

Consultations	Niveau bac ou inférieur	Bac +2	2nd cycle universitaire (Licence-Maitrise)	3ème cycle universitaire-Grandes écoles	P
Réalisation de l'examen du 4ème mois	94,1 (93,2-95,1)	97,1 (96,33-97,9)	97,3 (96,5-98,1)	97,2 (96,34-98,0)	<.0001
Réalisation de l'examen du 9ème mois	91,6 (90,5-92,7)	95,0 (93,88-95,91)	95,7 (94,7-96,8)	96,1 (95,2-97,0)	<0,0001
Généraliste					<0,0001
0	36,5 (34,8-38,3)	40,7 (38,6-42,7)	42,8 (40,5-45,1)	54,2 (52,0-56,4)	
1-5	16,3 (15,0-17,6)	15,8 (14,2-17,4)	15,7 (13,9-17,5)	14,2 (12,6-15,7)	
6-10	22,2 (20,7-23,§)	22,0 (20,2-23,7)	22,0 (20,0-23,9)	16,5 (14,9-18,1)	
>=10	25,0 (23,5-26,5)	21,5 (19,9-23,2)	19,5 (17,7-21,3)	15,1 (13,5-16,7)	
Pédiatre					<0,0001
0	62,3 (60,6-64,0)	46,0 (43,9-48,1)	45,7 (43,3-48,1)	34,7 (32,7-36,8)	
1-5	7,1 (6,1-8,0)	8,6 (7,4-9,8)	8,4 (7,1-9,8)	8,3 (7,0-9,5)	
6-10	17,0 (15,7-18,3)	26,6 (24,7-28,5)	26,5 (24,5-28,5)	33,7 (31,62-35,8)	
>=10	13,7 (12,1-14,9)	18,8 (17,1-20,0)	19,3 (17,6-21,1)	23,3 (21,4-25,1)	
Médecin de PMI					<0,0001
0	80,3 (78,7-81,8)	92,9 (91,6-94,1)	91,3 (89,7-92,9)	93,1 (91,8-94,4)	
>=1	19,7 (18,2-21,2)	7,1 (5,9-8,4)	8,7 (7,1-10,3)	6,9 (5,6-8,2)	
Urgences hospitalières					<0,0001
0	67,1 (65,5-68,8)	73,0 (71,1-74,9)	72,3 (70,1-74,5)	73,8 (71,9-75,7)	
1	21,6 (20,2-23,1)	19,2 (17,6-20,9)	19,5 (17,6-21,4)	18,7 (17,0-20,3)	
>=2	11,2 (10,0-12,4)	7,8 (6,6-9,0)	8,2 (6,8-9,6)	7,5 (6,3-8,7)	
Autre médecin d'urgence	10,2 (9,2-11,3)	11,1 (9,8-12,4)	13,1 (11,5-14,7)	13,70 (12,2-15,2)	0,0002

Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes

Tableau n° 27 : professionnels de santé consultés dans la première année de vie pour les enfants nés en 2011 en France Métropolitaine (hors grands prématurés) en fonction du quintile* de revenus mensuel du ménage par unité de consommation (fréquence en % et IC95)

Consultations	Quintile 1 (inférieur)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5	P
Réalisation de l'examen du 4ème mois	92,4 (90,9-93,9)	96,3 (95,3-97,4)	97,5 (96,7-98,3)	97,7 (97,1-98,3)	97,4 (96,6-98,2)	<0,0001
Réalisation de l'examen du 9ème mois	89,9 (88,3-91,5)	93,6 (92,4-94,9)	96,0 (95,1-97,0)	96,2 (95,3-97,1)	96,5 (95,6-97,3)	<0,0001
Généraliste						<0,0001
0	36,81 (34,4-39,2)	37,3 (35,0-39,6)	37,2 (35,0-39,37)	41,2 (39,0-43,4)	55,6 (53,3-57,8)	
1-5	18,4 (16,5-20,4)	15,9 (14,1-17,7)	13,7 (12,0-15,3)	15,7 (14,1-17,3)	13,5 (11,9-15,0)	
6-10	21,4 (19,4-23,3)	22,1 (20,2-24,0)	25,6 (23,5-27,7)	21,0 (19,2-22,8)	16,7 (15,1-18,4)	
>=10	23,4 (21,3-25,4)	24,6 (22,6-26,7)	23,5 (21,6-25,4)	22,1 (20,2-24,0)	14,3 (12,8-15,8)	
Pédiatre						<0,0001
0	64,7 (62,4-67,1)	56,0 (53,7-58,4)	50,9 (48,6-53,2)	44,8 (42,5-47,0)	32,1 (30,0-34,2)	
1-5	7,9 (6,5-9,3)	6,0 (5,0-7,0)	8,7 (7,4-10,0)	8,5 (7,2-9,8)	7,9 (6,8-9,0)	
6-10	15,6 (13,9-17,4)	22,8 (20,8-24,8)	23,8 (21,9-25,7)	25,5 (23,5-27,4)	34,7 (32,6-36,8)	
>=10	11,1 (10,2-13,2)	15,1 (13,4-16,8)	16,6 (14,9-18,2)	21,3 (19,5-23,1)	25,3 (23,3-27,3)	
Médecin de PMI						<0,0001
0	74,6 (72,3-76,8)	86,2 (84,4-88,1)	94,0 (92,8-95,1)	94,4 (93,3-95,5)	95,7 (94,7-96,7)	
>=1	25,4 (23,2-27,7)	13,7 (11,9-15,6)	6,0 (4,8-7,2)	5,6 (4,4-6,7)	4,3 (3,3-5,3)	
Urgences hospitalières						<0,0001
0	66,0 (63,6-68,4)	69,8 (67,6-72,0)	71,5 (69,4-73,6)	72,8 (70,8-74,8)	73,5 (71,5-75,5)	
1	21,4 (19,3-23,5)	21,2 (19,2-23,1)	19,4 (17,1-21,3)	19,5 (17,7-21,3)	20,1 (18,2-21,9)	
>=2	12,6 (10,8-14,3)	9,0 (7,7-10,4)	9,1 (7,7-10,5)	7,6 (6,4-8,8)	6,5 (5,4-7,6)	
Autre médecin d'urgence	11,1 (9,5-12,7)	10,4 (9,0-11,8)	11,4 (10,0-13,0)	11,3 109,0-12,7)	14,7 (13,2-16,2)	0,0036

Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes
** Q1 < 1143 Q2:-1458 Q3 :-1762 Q4 :-2222 Q5>2222 €.*

Tableau n° 28 : professionnels consultés dans la première année de vie pour les enfants nés en 2011 en France Métropolitaine (hors grands prématurés) selon l'indice de désavantage social de la commune (fréquence en % et IC95)

Consultations	**Quintile 1 (inférieur)**	**Quintile 2**	**Quintile 3**	**Quintile 4**	**Quintile 5**	**p**
Réalisation de l'examen du 4ème mois	96,0 (95,0-97,1)	96,3 (95,3-97,3)	95,6 (94,2-97,0)	96,4 (95,1-97,6)	94,7 (93,2-96,2)	0,3299
Réalisation de l'examen du 9ème mois	94,9 (93,9-95,8)	94,6 (93,4-95,7)	93,6 (92,1-95,2)	92,2 (90,4-94,1)	92,8 (91,1-94,4)	0,0393
Généraliste						<0,0001
0	46,9 (44,9-48,8)	41,8 (39,5-44,1)	35,3 (32,7-37,9)	35,1 (32,3-37,8)	32,3 (29,5-35,1)	
1-5	15,1 (13,7-16,6)	15,3 (13,6-17,1)	17,5 (15,4-19,6)	16,5 (14,3-18,7)	16,5 (14,2-18,7)	
6-10	19,3 (17,7-20,8)	20,4 (18,6-22,2)	23,6 (21,3-25,9)	24,3 (21,9-26,6)	25,1 (22,6-27,7)	
>=10	18,7 (17,1-20,3)	22,4 (20,4-24,3)	23,6 (21,2-26,0)	24,1 (21,8-26,5)	26,1 (23,6-28,6)	
Pédiatre						<0,0001
0	43,9 (41,9-45,8)	51,7 (49,3-53,98)	55,6 (52,8-58,3)	59,3 (56,5-62,0)	62,9 (60,0-65,7)	
1-5	8,4 (7,3-9,6)	6,9 (5,7-8,0)	6,7 (5,4-7,9)	8,6 (7,0-10,2)	7,1 (5,6-8,6)	
6-10	27,8 (26,1-29,5)	23,5 (21,6-25,5)	22,4 (20,0-24,7)	19,3 (17,1-21,4)	17,2 (15,0-19,3)	
>=10	19,9 (18,4-21,4)	17,9 (16,2-19,6)	15,4 (13,0-17,3)	12,8 (11,0-14,6)	12,8 (10,9-14,8)	
Médecin de PMI						<0,0001
0	89,5 (88,0-91,0)	88,7 (86,9-90,5)	87,7 (85,0-89,8)	85,0 (82,7-87,3)	81,7 (79,1-84,3)	
>=1	10,5 (9,0-12,0)	11,3 (9,5-13,1)	12,3 (10,2-14,3)	15,0 (12,7-17,3)	18,3 (15,7-20,8)	
Urgences hospitalières						0,5210
0	70,7 (68,8-72,6)	71,2 (69,1-73,4)	70,0 (67,4-72,6)	71,0 (68,4-73,6)	68,0 (65,2-70,8)	
1	20,8 (19,1-22,4)	19,3 (17,5-21,2)	21,0 (18,7-23,3)	19,3 (17,1-21,5)	21,5 (19,1-24,0)	
>=2	8,5 (7,3-9,7)	9,4 (7,9-10,9)	9,0 (7,3-10,6)	9,7 (7,9-11,5)	10,5 (8,6-12,3)	
Autre médecin d'urgence	13,6 (12,3-15,0)	10,9 (9,5-12,4)	10,4 (8,6-12,1)	10,5 (8,8-12,1)	8,4 (6,7-10,0)	<0,0001

Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes
** Indice Fdep 2009 ; d'après Rey G, et al : BMC Public Health 2009, 9:33.- Le désavantage social croît du quintile 1 au quintile 5.*

Tableau n° 29 : professionnels de santé consultés dans la première année de vie pour les enfants nés en 2011 en France Métropolitaine (hors grands prématurés) selon la taille de l'aire urbaine de résidence * (fréquence en % et IC95)

Consultations	Commune hors aire urbaine	< 199 999	200 000 - 499 999	500 000 - 999 999	Aire urbaine de Paris	p
Réalisation de l'examen du 4ème mois	96,9 (95,7-98,0)	96,5 (95,5-97,4)	96,9 (95,9-98,0)	94,4 (93,2-95,6)	94,8 (93,4-96,1)	0,0025
Réalisation de l'examen du 9ème mois	95,9 (94,8-97,1)	94,3 (93,1-95,5)	93,0 (91,3-94,6)	93,5 (92,3-94,7)	92,3 (90,8-93,7)	0,0067
Généraliste						<0,0001
0	24,6 (22,2-27,1)	33,0 (30,8-35,1)	37,8 (35,3-40,4)	46,3 (44,2-48,4)	55,9 (53,4-58,4)	
1-5	16,1 (13,9-18,3)	17,3 (15,5-19,1)	15,7 (13,8-17,6)	15,2 (13,6-16,8)	14,8 (13,0-16,7)	
6-10	29,5 (26,9-32,2)	25,6 (23,6-27,6)	20,5 (18,5-22,5)	18,8 (17,2-20,4)	15,0 (13,2-16,9)	
≥10	29,7 (27,1-32,4)	24,2 (22,2-26,1)	26,0 (23,6-28,4)	19,7 (18,0-21,3)	14,2 (12,5-15,9)	
Pédiatre						<0,0001
0	64,4 (61,6-67,1)	57,0 (54,8-59,2)	53,3 (50,7-55,9)	45,8 (43,7-47,9)	46,0 (43,5-48,6)	
1-5	7,4 (5,9-8,9)	7,7 (6,5-8,9)	7,3 (6,0-8,7)	7,2 (6,2-8,2)	8,5 (7,1-9,9)	
6-10	18,2 (16,1-20,4)	21,8 (19,9-23,6)	22,6 (20,5-24,6)	26,3 (24,6-28,1)	24,0 (22,0-26,1)	
≥10	10,0 (8,3-11,6)	13,5 (12,0-15,0)	16,8 (14,8-18,7)	20,6 (19,0-22,2)	21,4 (19,5-23,3)	
Médecin de PMI						<0,0001
0	90,4 (88,4-92,4)	89,3 (87,6-91,0)	88,9 (87,0-90,9)	89,6 (88,0-91,1)	76,5 (74,2-78,9)	
≥1	9,6 (7,55-11,6)	10,7 (9,0-12,4)	11,1 (9,1-13,0)	10,4 (8,9-12,0)	23,5 (21,1-25,8)	
Autre professionnel de santé spécialisé	2,3 (1,4-3,3)	3,4 (2,4-4,3)	2,3 (1,5-3,0)	3,1 (2,4-3,9)	2,3 (1,6-3,0)	0,1816
Urgences hospitalières						<0,0001
0	76,1 (73,6-78,6)	70,5 (68,4-72,3)	71,5 (69,1-73,9)	70,8 (68,8-72,7)	64,2 (61,7-66,6)	
1	17,7 (15,5-19,9)	20,9 (19,1-22,8)	20,7 (18,5-22,8)	19,3 (17,-21,0)	22,3 (20,2-24,4)	
≥2	6,2 (4,7 – 7,7)	8,5 (7,2-9,8)	7,9 (6,4-9,3)	9,9 (8,6-11,3)	13,45 (11,7-15,3)	
Autre médecin d'urgence	11,1 (9,5-12,7)	10,4 (9,0-11,8)	11,4 (9,9-13,0)	11,3 (9,9-12,7)	14,7 (13,2-16,2)	<0,0001

Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes
** données Insee 2010.*

Tableau n° 30 : professionnels de santé consultés entre 2,5 et 3,5 ans pour les enfants nés en 2011 en France Métropolitaine (hors grands prématurés)

Consultation (au moins une fois)	Fréquence (%)	IC95	
Aucune consultation	2,0	1,6	2,3
*Consultations pour un même problème de santé**	28,3	27,3	29,3
Consultation au moins une fois de :			
Généraliste	85,6	84,8	86,4
Pédiatre	46,1	45,0	47,3
Ophtalmologue	10,6	10,0	11,3
Dentiste	15,9	15,1	16,7
Autre professionnel de santé spécialisé	6,8	6,3	7,4
Nombre de consultations aux urgences			
0	68,0	66,8	69,1
1	22,9	21,9	23,9
2	9,1	8,4	9,9

Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes
** Consultation d'un médecin à plusieurs reprises pour un même problème de santé.*

Tableau n° 31 : professionnels de santé consultés entre 2,5 et 3,5 ans pour les enfants nés en 2011 en France Métropolitaine (hors grands prématurés) selon le niveau de diplômes de la mère

Consultation (au moins une fois)	Niveau bac ou inférieur	Bac +2	2nd cycle universitaire (Licence-Maitrise)	3ème cycle universitaire-Grandes écoles	p
Aucune consultation	2,8 (2,1-3,5)	1,2 (0,8-1,7)	1,3 (0,8-1,9)	1,1 (0,7-1,6)	<0,0001
*Consultations pour un même problème de santé**	28,5 (26,7-30,2)	28,8 (26,8-30,8)	27,8 (25,6-29,9)	28,1 (26,1-30,0)	0,92
Consultation au moins une fois de :					
Généraliste	87,8 (86,5-89,1)	88,0 (86,5-89,5)	85,7 (84,0-87,5)	77,1 (75,2-78,9)	<0,0001
Pédiatre	38,1 (36,2-40,0)	47,3 (45,0-49,5)	52,8 (50,4-55,3)	61,1 (58,9-63,2)	<0,0001
Dentiste	12,9 (11,6-14,1)	17,0 (15,4-18,6)	17,9 (16,0-19,7)	21,1 (19,2-22,9)	<0,0001
Nombre de consultations aux urgences					<0,0001
0	64,1 (62,2-66,0)	71,0 (69,0-73,0)	72,2 (70,1-74,4)	71,4 (69,4-73,5)	
1	24,3 (22,6-26,0)	21,1 (19,3-22,8)	22,0 (20,0-24,0)	21,8 (19,9-23,6)	
2	11,6 (10,3-12,9)	7,9 (6,7-9,2)	5,8 (4,6-6,9)	6,8 (5,6-8,0)	

Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes

Tableau n° 32 : professionnels de santé consultés entre 2,5 et 3,5 ans pour les enfants nés en 2011 en France Métropolitaine (hors grands prématurés) selon le quintile de revenu mensuel du ménage par unité de consommation (fréquence en % et IC95).

Consultation (au moins une fois)	**Quintile 1 (inférieur)**	**Quintile 2**	**Quintile 3**	**Quintile 4**	**Quintile 5**	**p**
Aucune consultation	3,2 (2,3-4,1)	2,1 (1,2-2,9)	1,2 (0,6-1,8)	0,9 (0,5-1,4)	1,5 (0,9-2,2)	<0,0001
*Consultations pour un même problème de santé**	28,4 (26,1-30,7)	28,6 (26,3-0,9)	29,0 (26,6-31,3)	29,5 (27,2-31,7)	26,2 (24,0-28,3)	0,45
Consultation au moins une fois de :						
Généraliste	87,0 (85,3-88,8)	88,2 (86,4-89,9)	89,1 (87,5-90,8)	84,3 (82,5-86,1)	77,2 (75,1-79,3)	<0,0001
Pédiatre	39,5 (37,0-42,0)	41,2 (38,7-43,8)	44,6 (42,0-47,2)	51,1 (48,6-53,6)	62,4 (60,0-64,9)	<0,0001
Ophtalmologue	8,0 (6,7-9,4)	9,3 (7,9-10,7)	12,9 (11,2-14,5)	12,3 (10,7-13,8)	14,8 (13,1-16,5)	<0,0001
Dentiste	12,3 (10,7-13,9)	14,7 (12,9-16,5)	16,8 (14,9-18,7)	18,1 (16,3-20,0)	20,2 (18,2-22,3)	<0,0001
Nombre de consultations aux urgences						<0,0001
0	62,1 (59,6-64,7)	68,6 (66,2-71,0)	69,6 (67,2-72,0)	70,5 (68,3-72,8)	73,8 (71,5-76,0)	
1	25,1 (22,8-27,3)	22,2 (20,0-24,3)	21,4 (19,3-23,5)	23,2 (21,1-25,3)	20,9 (18,8-23,0)	
2	12,8 (11,0-14,5)	9,2 (7,6-10,8)	9,0 (7,4-10,6)	6,2 (5,1-7,4)	5,3 (4,2-6,5)	

Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes
** PC20 : 1142 PC40 : 1458 PC60 :1761 PC80 : 2222 €*

Tableau n° 33 : fréquence (% et IC95) des consultations des enfants entre 2,5 et 3,5 pour les enfants nés en 2011 en France Métropolitaine (hors grands prématurés) en fonction de l'indice de désavantage social de la commune de résidence.

Consultation (au moins une fois)	**Quintile 1 (inférieur)**	**Quintile 2**	**Quintile 3**	**Quintile 4**	**Quintile 5**	**p**
Aucune consultation	1,2 (0,6-1,8)	2,1 (1,2-3,0)	2,1 (1,3-3,0)	1,8 (1,0-2,5)	2,5 (1,6-3,5)	0,20
Consultations pour un même problème de santé	28,1 (25,7-30,4)	30,0 (27,6-32,4)	28,3 (26,0-30,7)	29,4 (27,0-31,9)	27,4 (25,0-29,7)	0,54
Consultation au moins une fois de :						
Généraliste	79,8 (77,5-82,0)	85,8 (84,0-87,6)	87,2 (85,4-88,9)	88,3 (86,5-90,0)	88,9 (87,2-90,6)	<0,0001
Pédiatre	57,4 (54,8-60,0)	45,7 (43,1-48,3)	46,0 (43,4-48,6)	41,6 (39,0-44,3)	37,9 (35,3-40,5)	<0,0001
Ophtalmologue	12,6 (11,0-14,2)	11,9 (10,2-13,5)	10,2 (8,8-11,7)	9,5 (8,0-10,9)	9,5 (8,0-11,0)	0,01
Dentiste	18,0 (16,0-20,0)	17,6 (15,7-19,5)	15,7 (14,0-17,5)	17,0 (15,1-19,0)	12,5 (10,8-14,3)	<0,0001
Nombre de consultations aux urgences						0,01
0	71,0 (68,6-73,5)	70,0 (67,5-72,5)	68,0 (65,5-70,5)	67,0 (64,4-69,5)	65,3 (62,7-67,8)	
1	22,3 (20,0-24,5)	21,7 (19,5-23,9)	22,5 (20,3-24,7)	23,2 (20,9-25,4)	24,0 (21,7-26,3)	
2	6,7 (5,3-8,0)	8,3 (6,6-10,1)	9,5 (7,9-11,0)	9,8 (8,1-11,5)	10,7 (9,0-12,5)	

Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes
** Incide Fdep 2015 : La défaveur sociale croît du quintile 1 au quintile 5.*

Tableau n° 34 : professionnels de santé consultés entre 2,5 et 3,5 ans pour les enfants nés en 2011 en France Métropolitaine (hors grands prématurés) en fonction de la taille de l'aire urbaine de résidence* (fréquence en % et IC95)

Consultation (au moins une fois)	Rural	< 200 000	200 000-500 000	500 000 – 999 999	Aire urbaine de Paris*	p
Aucune consultation	2,2 (1,2-3,2)	2,3 (1,4-3,1)	2,1 (1,2-3,0)	1,2 (0,8-1,7)	2,3 (1,4-3,1)	0,24
*Consultations pour un même problème de santé**	29,5 (26,7-32,3)	26,5 (24,3-28,6)	28,9 (26,5-31,3)	30,3 (28,3-32,4)	26,9 (24,5-29,2)	0,06
Consultation au moins une fois de :						
Généraliste	91,5 (89,7-93,3)	88,3 (86,6-90,0)	88,3 (86,6-90,0)	84,3 (82,7-85,8)	78,1 (76,0-80,3)	<0,0001
Pédiatre	32,2 (29,4-35,1)	39,6 (37,1-42,0)	42,8 (40,2-45,5)	49,8 (47,6-52,0)	61,5 (58,9-64,1)	<0,0001
Ophtalmologue	10,6 (8,8-2,4)	9,6 (8,2-11,0)	10,3 (8,9-11,8)	11,1 (9,8-12,4)	11,5 (9,9-13,0)	0,38
Dentiste	16,9 (14,6-19,3)	15,2 (13,5-16,8)	15,5 (13,7-17,3)	15,8 (14,3-17,3)	16,2 (14,4-18,1)	0,74
Nombre de consultations aux urgences						0,03
0	70,6 (67,7-73,6)	67,8 (65,5-70,2)	67,6 (65,0-70,2)	69,8 (67,7-71,9)	64,4 (61,8-66,9)	
1	20,9 (18,3-23,5)	23,0 (20,9-25,0)	23,4 (21,1-25,7)	22,3 (20,4-24,2)	24,5 (22,2-26,9)	
2	8,4 (6,5-10,3)	9,2 (7,7-10,7)	8,98 (7,3-10,7)	7,9 (6,6-9,2)	11,1 (9,4-12,9)	

Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes

Tableau n° 35 : professionnels de santé consultés entre 4,5 et 5,5 ans pour les enfants nés en 2011 en France Métropolitaine (hors grands prématurés)

Consultation (au moins une fois)	Fréquence (%)	IC 95 %
Généraliste	84,7	84,0-85,6
Pédiatre	30,0	28,9-31,1
Un médecin de PMI	8,2	7,5- 8,9
Ophtalmologue	15,0	14,2-15,8
Dentiste	35,9	34,8-37,0
Nombre de consultations aux urgences		
0	72,0	70,9-73,1
1	20,0	19,0-20,9
>=2	8,0	7,3- 8,7

Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes

Tableau n° 36 : professionnels de santé consultés entre 4,5 et 5,5 ans pour les enfants nés en 2011 en France Métropolitaine (hors grands prématurés) selon le niveau de diplôme de la mère (fréquence en %)

Consultation (au moins une fois)	Niveau bac ou inférieur	Bac +2	2nd cycle universitaire (Licence-Maitrise)	3ème cycle universitaire-Grandes écoles	P
Généraliste	85,9 (84,4-87,4)	87,1 (85,5-88,6)	84,4 (82,6-86,3)	78,7 (76,7-80,6)	<0,0001
Pédiatre	24,2 (22,4-26,0)	29,9 (27,8-32,1)	33,5 (31,2-35,8)	43,1 (40,8-45,5)	<0,0001
Un médecin de PMI	9,3 (8,1-10,6)	6,9 (5,7-8,0)	7,3 (6,0-8,5)	5,7 (4,5-6,9)	<0,0001
Ophtalmologue	12,9 (11,6-14,3)	15,9 (14,2-17,5)	17,1 (15,3-19,0)	18,3 (16,5-20,1)	<0,0001
Dentiste	32,2 (30,3-34,2)	37,6 (35,4-39,9)	38,8 (36,4-41,1)	41,3 (39,0-43,6)	<0,0001
Nombre de consultations aux urgences					<0,0001
0	71,2 (69,3-73,1)	72,8 (70,8-74,9)	76,6 (74,6-78,6)	73,8 (71,8-75,9)	
1	20,1 (18,4-21,8)	20,5 (18,6-22,4)	18,0 (16,2-19,8)	20,6 (18,8-22,5)	
>=2	8,7 (7,5-9,9)	6,7 (5,5-7,8)	5,4 (4,3-6,5)	5,5 (4,4-6,6)	

Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes

Tableau n° 37 : professionnels de santé consulté entre 4,5 et 5,5 ans pour les enfants nés en 2011 en France Métropolitaine (hors grands prématurés) en fonction du quintile* de revenus mensuel du ménage

Consultation (au moins une fois)	Quintile 1 (inférieur)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5	p
Généraliste	85,6 (83,7-87,4)	86,8 (84,9-88,6)	87,1 (85,3-88,9)	86,2 (84,4-87,9)	77,3 (75,2-79,5)	<0,0001
Pédiatre	24,9 (22,7-27,2)	25,2 (23,0-27,4)	29,1 (26,8-31,4)	33,2 (30,9-35,5)	44,2 (41,7-46,7)	<0,0001
Un médecin de PMI	10,2 (8,7-11,8)	9,5 (7,8-11,2)	7,4 (5,9-8,8)	6,1 (5,0-7,2)	4,8 (3,8-5,9)	<0,0001
Ophtalmologue	12,0 (10,3-13,6)	14,5 (12,7-16,3)	16,2 (14,3-18,1)	17,9 (16,0-19,8)	18,2 (16,3-20,2)	<0,0001
Dentiste	32,7 (30,3-35,1)	33,7 (31,2-36,2)	36,1 (33,6-38,6)	39,2 (36,8-41,6)	40,2 (37,7-42,7)	<0,0001
Nombre de consultations aux urgences						<0,0001
0	69,9 (67,6-72,3)	71,1 (68,6-73,5)	73,8 (71,5-76,1)	73,4 (71,2-75,7)	74,2 (72,0-76,4)	
1	19,3 (17,3-21,4)	20,7 (18,5-22,9)	19,4 (17,4-21,4)	20,6 (18,5-22,6)	19,9 (17,9-21,9)	
>=2	10,7 (9,1-12,3)	8,2 (6,7-9,8)	6,7 (5,3-8,2)	6,0 (4,8-7,1)	5,9 (4,7-7,1)	

Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes
** Q1 < 1143 Q2:-1458 Q3 :-1762 Q4 :-2222 Q5>2222 €*

Tableau n° 38 : professionnels de santé consultés (fréquence en %) entre 4,5 et 5,5 ans selon l'indice de désavantage social de la commune de résidence.

Consultation (au moins une fois)	Quintile 1 (inférieur)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5	p
Généraliste	80,9 (79,3-82,5)	85,2 (83,2-87,2)	86,6 (84,6-88,6)	88,5 (86,5-90,5)	85,9 (83,6-88,3)	<,0001
Pédiatre	38,0 (36,0-39,9)	28,6 (26,1-31,0)	28,7 (26,1-31,3)	24,8 (22,1-27,6)	23,2 (20,5-25,9)	<,0001
Un médecin de PMI	5,9 (4,9-7,0)	7,5 (6,2-8,9)	7,5 (5,9-9,1)	9,5 (7,6-11,4)	11,5 (9,3-13,7)	<,0001
Ophtalmologue	15,8 (14,4-17,2)	15,9 (14,0-17,8)	15,1 (13,0-17,1)	15,3 (13,1-17,5)	13,6 (11,4-15,8)	0,4830
Dentiste	37,5 (35,5-39,4)	35,4 (32,9-37,9)	36,4 (33,6-39,1)	35,5 (32,5-38,6)	35,4 (32,3-38,5)	0,6953
Nombre de consultations aux urgences						0,3116
0	72,9 (71,1-74,8)	71,4 (68,9-73,8)	73,7 (71,2-76,3)	72,0 (69,1-74,9)	69,6 (66,6-72,6)	
1	20,0 (18,4-21,7)	19,8 (17,7-21,9)	19,5 (17,2-21,7)	19,6 (17,1-22,1)	21,3 (18,6-24,0)	
1>=2	7,0 (5,9-8,2)	8,8 (7,1-10,5)	6,8 (5,3-8,3)	8,4 (6,5-10,3)	9,1 (7,2-11,0)	

Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes
** Indice Fdep 2015 ; d'après Rey G, et al : BMC Public Health 2009, 9:33.- Le désavantage social croît du quintile 1 au quintile 5.*

Tableau n° 39 : professionnels de santé consulté entre 4,5 et 5,5 ans pour les enfants nés en 2011 en France Métropolitaine (hors grands prématurés) selon la taille de l'aire urbaine de résidence.

Consultation (au moins une fois)	Commune hors aire urbaine	< 199 999	200 000 – 499 999	500 000 - 999 999	Aire urbaine de Paris*	p
Généraliste	89,2 (87,3-91,2)	88,1 (86,4-89,8)	85,3 (83,1-87,4)	85,1 (83,4-86,8)	80,7 (78,4-83,0)	<,0001
Pédiatre	20,9 (18,3-23,4)	25,2 (23,0-27,4)	25,7 (23,4-28,0)	31,4 (29,2-33,6)	38,8 (36,0-41,6)	<,0001
Un médecin de PMI	9,2 (7,2-11,1)	8,99 (7,5-10,5)	6,6 (5,1-8,0)	6,1 (4,9-7,4)	8,9 (7,1-10,7)	0,0092
Ophtalmologue	16,1 (13,7-18,6)	14,2 (12,5-16,0)	16,4 (14,5-18,4)	15,2 (13,5-16,8)	14,9 (12,9-16,8)	0,5012
Dentiste	34,2 (31,1-37,3)	35,9 (33,3-38,4)	34,9 (32,3-37,6)	39,4 (37,1-41,7)	33,6 (30,9-36,3)	0,0142
Nombre de consultations aux urgences						0,0002
0	73,5 (70,6-76,4)	71,9 (69,5-74,2)	74,1 (71,7-76,5)	73,9 (71,7-76,0)	67,4 (64,7-70,2)	
1	20,0 (17,4-22,7)	19,4 (17,3-21,4)	19,7 (17,6-21,9)	19,6 (17,7-21,5)	22,0 (19,6-24,5)	
2	6,5 (4,9-8,1)	8,7 (7,2-10,3)	6,2 (4,8-7,6)	6,5 (5,2-7,8)	10,5 (8,7-12,3)	

Source : cohorte Elfe, analyses pour la Cour des comptes

Annexe n° 7 : les dépenses de santé des enfants

A - Les dépenses liées à la prise en charge des enfants

En 2019, les dépenses de santé des enfants à la charge de l'assurance maladie s'élèvent à 6,6 Md€, répartis à parts égales entre les soins de ville et les établissements de santé. Cela représente 4,3 % des dépenses totales de l'assurance maladie alors que les enfants représentent 14 % de la population totale.

Les dépenses de soins de ville

Entre 2016 et 2019, les dépenses de soins de ville remboursées par l'assurance maladie obligatoire[222] se sont élevées à un peu plus de 3 Md€ par an, soit 3,6 % des dépenses totales des soins de ville. Ce montant est en très légère croissance (+ 3,3 %) sur cette période, avant la rupture de 2020 due à la crise sanitaire, alors que le nombre d'enfants de moins de 12 ans a baissé. La dépense annuelle moyenne par enfant a donc augmenté de 5,9 %, passant de 338 € en 2016 à 358 € en 2019 (en euros courants), comme l'illustre le tableau suivant.

Tableau n° 40 : dépenses de soins de ville payées et remboursées de 2016 à 2020

	2016	2017	2018	2019	Évolution 2016-2019	2020
Dépenses payées (Md€)	5,05	5,07	5,16	5,27	+ 4,2 %	4,72
Dépenses remboursées (Md€)	3,18	3,20	3,24	3,29	+ 3,3 %	2,99
Effectif 0-11 ans	9 386 932	9 293 584	9 236 571	9 200 632	- 1,98 %	9 149 704

Source : Cnam/DSES. Tous régimes. Synthèse et mise en forme Cour des comptes.
Note : Pour 2020, la liquidation est prise en compte jusqu'en avril 2021.

La majorité des dépenses de ville se concentre en 2019 sur la pharmacie d'officine ou les médicaments (23 %), la médecine (31 % dont 22 % de médecine générale et 6 % de pédiatrie), l'orthophonie (12 %) et les soins dentaires (7 %). Les soins visuels liés à des consultations d'ophtalmologie ou d'orthoptie représentent 3 % des dépenses totales et l'optique 2 %, avant la mise en œuvre de la réforme du 100 % santé.

Les dépenses en établissement de santé

Les dépenses hospitalières prises en charge par l'assurance maladie obligatoire étaient de 3,32 Md€ en 2019 dont 89 % correspondent aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique. Les dépenses de MCO pour les enfants de moins de 12 ans se sont élevées à 2,96 Md€[223] en

[222] Ce qui inclut les examens médicaux de prévention obligatoires et les examens bucco-dentaires du programme M'T Dents.
[223] Pour une base de remboursement de 3,25 Md€, stable sur la période 2016-2019.

2019, en légère diminution sur la période 2016-2019, soit 5,4 % des dépenses hospitalières totales. En 2020, elles ont diminué de 8 % sous l'effet de la crise sanitaire.

La part des dépenses des établissements de court séjour est prépondérante. Elle correspond aux séjours des nourrissons dans les maternités, aux passages aux urgences et à l'activité réalisée dans les services de pédiatrie polyvalente ou spécialisée des hôpitaux généraux ou hôpitaux spécialisés en pédiatrie.

Tableau n° 41 : dépenses de soins en établissements en Md€ pour les enfants de moins de 12 ans

	2016	2017	2018	2019	Evol. 2016/2019	2020
MCO	2,97	2,95	2,98	2,96	-0,5 %	2,71
Consultations externes	0,16	0,15	0,14	0,15	-5,4 %	0,10
HAD	0,03	0,03	0,04	0,04	+26,0 %	0,05
Total	3,16	3,13	3,16	3,15	-0,3 %	2,86

Source : ATIH, calculs Cour des comptes.

B - Des dépenses de prévention difficiles à estimer

Il est difficile de bien circonscrire les dépenses de prévention, les frontières étant parfois ténues entre la prévention et les soins[225]. Les examens médicaux obligatoires sont par exemple des dépenses de soins de ville facturées sur le risque maladie alors qu'ils ont une vocation préventive. Les examens bucco-dentaires sont des dépenses de prévention institutionnelle, financées par le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS). Pour la vaccination ROR, une partie relève du risque maladie et l'autre du FNPEIS.

Outre les examens médicaux obligatoires et les examens bucco-dentaires, les dépenses de prévention relatives aux enfants correspondent principalement à la PMI, la médecine scolaire et aux fonds de prévention tels que le FIR et le FNPEIS.

Les dépenses de PMI ne font pas l'objet d'une imputation comptable spécifique, et sont complexes à évaluer[226]. En 2016, elles avaient été évaluées à 500 M€ environ, entre les dépenses retenues par la DGCL (autour de 400 M€) et celles probablement surestimées des comptes de la santé (600 M€). En utilisant la même méthodologie d'évaluation, sur la base de

[225] Cour des comptes, *La politique de prévention en santé : les enseignements tirés de l'analyse de trois grandes pathologies*, Communication au comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale, novembre 2021.

[226] Selon le rapport Peyron, les dépenses de PMI peuvent être imputées, en fonction des collectivités, à la sous-fonction 41 « PMI et planning familial », à la sous-fonction 40 « Prévention médico-sociale- services communs », à la sous-fonction 42 « Prévention et éducation pour la santé » ou à la sous-fonction 48 « autres actions ».

l'évolution des dépenses des départements rapportées à la DGCL sur la période, les dépenses de PMI seraient en 2019 du même ordre de grandeur, soit 500 M€[227].

Dans son rapport d'avril 2020[228], la Cour a estimé que les dépenses de médecine scolaire concernant essentiellement la masse salariale des personnels (médecins, infirmiers, psychologues et assistants de service social) s'élevaient à 1,26 Md€ en 2019[229]. Selon les données transmises par la DEPP, l'effectif total des personnels de santé scolaire a peu évolué en 2020, avec seulement 8 ETP supplémentaires[230]. Dès lors, on peut estimer que les dépenses de santé scolaire en 2020 sont comparables à celles de 2019, voire légèrement inférieures.

Le FNPEIS[231] permet à l'assurance maladie de couvrir des dépenses en matière de prévention, d'éducation et d'information sanitaire et de santé publique, ciblées sur les enfants et les adolescents sans qu'ils soient possibles d'imputer précisément les dépenses à une tranche d'âge : les examens bucco-dentaires du programme M'T Dents (à hauteur de 77,5 M€ en 2019[232]), la prise en charge du ticket modérateur pour la vaccination ROR des moins de 18 ans (7,1 M€ en 2019) et le programme « Mission : Retrouve ton cap » (0,6 M€). En 2020, les actions du fonds ont été largement impactées par l'épidémie de covid 19 ce qui s'est traduit par une diminution des dépenses associées[233].

Comme la Cour l'a déjà souligné[234], le FIR doit permettre aux ARS de disposer d'une plus grande souplesse de gestion afin de mieux adapter les financements aux besoins des territoires, notamment en matière de prévention. En 2020, le montant global du FIR s'élevait à 3,7 Md€[235]. Parmi ses cinq missions, la mission 1 de « promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie » concentre l'essentiel des actions de prévention destinées aux enfants dont quatre sont exclusivement orientées vers eux : périnatalité et petite enfance (11,4 M€ en 2020), dépistage néonatal de la surdité (1,88 M€), centres régionaux de dépistage néonatal (9,47 M€), et soutien à la mission santé des PMI (7,1 M€ ; action créée en 2020 et identifiée dans 8 ARS), et une action de portée plus large relative à la promotion de la santé des populations en difficulté, parmi laquelle 38,7 M€ ont été fléchés sur les enfants. Cependant, le contenu des actions et des projets financés n'est pas connu avec précision de sorte qu'il est impossible d'identifier de façon exhaustive les dépenses à destination des enfants.

Au total, les dépenses de prévention à destination des enfants, en dehors des actions prises en charge sur le risque maladie, sont estimées à 2 Md€, soit environ 11 % des dépenses totales de prévention.

---

[227] Les comptes de la santé élaborés par la Drees pour 2019 ne sont pas encore disponibles.
[228] Cour des comptes, *Les médecins et personnels de santé scolaire*, *op. cit.*
[229] Hors villes délégataires de la compétence de médecine scolaire.
[230] Les effectifs des différentes professions n'ont cependant pas été stables : les effectifs et ETP de médecins et psychologues ont diminué quand ceux des infirmiers et des assistants de services social ont augmenté en 2019 et 2020.
[231] Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire, crée par la loi n°88-16 du 5 janvier 1988.
[232] En nette augmentation depuis 2017 (51,1 M€) en raison de l'augmentation de la tranche d'âge couverte et de l'augmentation du taux de participation.
[233] Soit 6,4 M€ pour le ROR ; 67,6 M€ pour M'T Dents ; et 0,2 M€ pour « Mission : Retrouve ton cap ».
[234] Cour des comptes, *Les financements par dotation aux établissements de santé (Migac et Fir) : une simplification nécessaire*, Ralfss 2020, chapitre V (disponible sur ccomptes.fr)
[235] Arrêté du 16 avril 2020 fixant pour l'année 2020 le montant des crédits attribués aux ARS au titre du FIR et le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du CSS.

En conclusion, les dépenses de prévention et de prise en charge des soins et biens médicaux pour les enfants de moins de 12 ans ont été estimées par la Cour pour 2019 à environ 8,9 Md€, selon la répartition suivante.

Tableau n° 42 : synthèse des dépenses relatives à la santé des enfants de moins de 12 ans en 2019

	Assurance Maladie	État	Collectivités
Dépenses de ville	3 286 M€		
Dépenses en établissements de santé (MCO, CS et HAD)	3 277 M€		
Dépenses Complémentaire Santé Solidaire	400 M€		
Dépenses de prévention			
dont médecine scolaire		1 260 M€	
dont PMI			500 M€
dont FIR	63 M€		
dont FNPEIS	85 M€		
Total 2019	8 871 M€		

Source : synthèse par la Cour des comptes