



## RAPPORT 2017 DU DÉFENSEUR DES DROITS CONTRIBUTION DU SYNDICAT NATIONAL DES MÉDECINS DE PMI

Août 2017

Le Défenseur des droits a sollicité le Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile (SNMPMI) pour une contribution au rapport 2017 concernant les thèmes de la santé de l'enfant et de la santé sexuelle.

Les points suivants ont été retenus par le SNMPMI comme nécessitant une attention particulière de la part du Défenseur des droits.

### Conditions de vie des enfants et impacts sur la santé

On lira en annexe 1 quelques données sociodémographiques concernant la santé de l'enfant<sup>1</sup>.

Le Comité des droits de l'enfant (CRC) de l'ONU, dans ses observations finales concernant le 5<sup>e</sup> rapport périodique de la France (23/2/2016)<sup>2</sup> - chapitre consacré à la santé - recommande à la France « *de faire de l'éradication de la pauvreté des enfants une priorité nationale* ».

L'IGAS désignait en 2011 les problématiques de la pauvreté-précarité et de la qualité sanitaire du logement comme particulièrement génératrices d'inégalités de santé dans l'enfance<sup>3</sup>.

L'action publique pour améliorer les conditions de vie des enfants et des familles en situation économique et/ou sociale défavorable<sup>4</sup> est consubstantielle de toute politique en faveur de la santé des enfants et de la réduction des inégalités en ce domaine. Les acteurs de PMI en sont témoins au quotidien.

### Prévention et promotion de la santé

Concernant la période périnatale, celles de la petite enfance et de l'enfance, les services publics de prévention collective tels que la PMI et la santé scolaire ont au cœur de leurs missions et de leur organisation la politique et les actions de prévention et de promotion de la santé, ils en sont des acteurs majeurs. Or ces services se trouvent aujourd'hui en grande

---

<sup>1</sup> Données issues du document du Conseil National Professionnel de Pédiatrie et de la Société Française de Pédiatrie : *Présidentielle 2017 La santé des enfants : une priorité pour la société*, consultable sur :

[http://www.sfpediatrie.com/sites/default/files/actualites/20170216\\_les\\_propositions\\_du\\_cnpp\\_pour\\_la\\_sante\\_de\\_le\\_nfant\\_vdef.pdf](http://www.sfpediatrie.com/sites/default/files/actualites/20170216_les_propositions_du_cnpp_pour_la_sante_de_le_nfant_vdef.pdf)

<sup>2</sup> [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC/C/FRA/CO/5&Lang=Fr](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC/C/FRA/CO/5&Lang=Fr)

<sup>3</sup> Alain LOPEZ, Marguerite MOLEUX, Françoise SCHAEZEL, Claire SCOTTON. *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance*. Inspection générale des affaires sociales. Rapport RM2011-065P. Cf. page 25

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000581.pdf>

<sup>4</sup> Le CRC de l'ONU cite « *en particulier les enfants et les familles touchés par la crise économique qui vivent dans la pauvreté, les enfants des familles monoparentales et les enfants qui vivent dans des bidonvilles ou dans des « zones urbaines sensibles », les enfants des départements et territoires d'outre-mer et les enfants migrants non accompagnés.* » ainsi que « *les enfants roms et leur famille* ».

difficulté pour assurer ces activités. Le CRC de l'ONU a explicitement recommandé à la France « *de traiter d'urgence le problème de l'insuffisance des ressources et du manque de personnel, de structures et de services médicaux, en particulier à l'école et dans les centres de protection maternelle et infantile* »<sup>5</sup>.

Concernant la PMI, les raisons d'alerter se trouvent résumées en annexe 2 (nous ne traitons pas ici des difficultés propres de la santé scolaire).

La mission de protection de l'enfance a particulièrement impacté l'ensemble des missions de la PMI. Nous assumons, mais pas au détriment d'une action en amont, le rôle que nous pouvons jouer auprès des partenaires des services d'aide à l'enfance et de la justice :

- aider par exemple à préserver le lien entre un parent victime de violences conjugales et l'enfant co-victime, lien qui s'est développé dans un climat permanent de peur et d'insécurité nuisant gravement au développement de l'enfant ;
- plus généralement apporter à la protection enfance la contribution d'un service de santé compétent en périnatalité et petite enfance.

Cependant du fait de ces missions de protection de l'enfance imparties à la PMI, les actions de prévention et de promotion de la santé (consultations infantiles, prénatales et de planification, bilans de santé en école maternelle, visites à domicile des sages-femmes et des puéricultrices en pré et post-natal, actions collectives d'éducation à la santé....) ont vu leur nombre diminuer. C'est pourtant en amont de toute difficulté, au cours des rencontres avec les familles, dans un cadre de prévention primaire, que se crée le lien de confiance entre les parents et les professionnels. Les parents repèrent les professionnels de PMI comme personnes ressources et savent qu'ils peuvent les interpeller en cas de besoin. Pour exemple nous insistons sur le fait que le bilan de santé de 4 ans (et plus généralement le travail de la PMI en école maternelle) est le seul dispositif qui peut permettre de voir tous les enfants d'une classe d'âge tôt dans leur scolarité - à condition que les services de PMI disposent des moyens nécessaires permettant la réalisation de ce bilan de façon complète et approfondie - et donc de dépister des difficultés d'un enfant, quelles que soient ces difficultés, débouchant sur des propositions d'aide et d'accompagnement pour les enfants, les parents, voire les enseignants. Il serait illusoire de prétendre s'occuper des difficultés scolaires des enfants et de commencer à s'en préoccuper quand ils sont en CP. Le travail de repérage, de dépistage, de prise en charge et d'accompagnement est à commencer bien en amont.

La diminution des actions de prévention constitue une perte de chances pour l'accès aux soins, l'éducation à la santé, l'autonomie du patient, la prise en charge de l'enfant par ses parents dans les meilleures conditions. Les actions individuelles et collectives permettent pourtant d'aborder dans un dialogue avec les futurs parents et parents une diversité de questions : alimentation, hygiène, sommeil, éveil, jeux, développement de l'enfant, sécurité du logement, dangers liés à l'environnement, utilisation des écrans, addictions, vaccinations, prévention des maladies...

---

<sup>5</sup> Op. cit. Page 15

### **Accès aux soins**

Plus généralement l'accès aux soins est un droit et une nécessité absolue pour l'enfant afin qu'il puisse bénéficier des examens de prévention dont certains font l'objet de certificats de santé (8<sup>e</sup> jour, 9<sup>e</sup> mois, 24<sup>e</sup> mois). Ces examens sont un moyen de suivre le bon développement de l'enfant dans sa globalité, de proposer précocement des prises en charge spécifiques le cas échéant et d'assurer les vaccinations nécessaires. Or, la démographie médicale sur le plan national et plus particulièrement dans certaines régions ne permet plus d'offrir un accès aux soins pour tous les enfants. Ainsi on peut constater que des pédiatres et des médecins généralistes refusent de nouveaux patients. Les familles ont régulièrement recours aux urgences pour des pathologies de ville.

Le même phénomène s'observe dans le domaine des soins en périnatalité. La pénurie de consultations en gynécologie-obstétrique de proximité conduit les femmes enceintes à n'y avoir recours qu'en extrême nécessité ou pathologie importante, au lieu d'y accéder pour un suivi de prévention et de prise en charge globale de leur grossesse. Ainsi le travail de prévention dans la période prénatale est insuffisant. Pour exemple l'entretien prénatal précoce (EPP), outil de prévention précoce pour une démarche globale de projet personnalisé de soins et d'accompagnement auprès des patientes, n'a bénéficié en 2016 qu'à 25% des femmes enceintes.

L'accès aux soins est un enjeu particulier pour les enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance. En effet, ces enfants, du fait de leur histoire, ont eu une carence de suivi médical et des ruptures de parcours de soins. Quand les enfants sont accueillis à l'ASE leurs besoins en soins, notamment psychiques, sont très importants, alors que l'adhésion des parents ou de l'enfant lui-même est souvent difficile à obtenir. Or, les structures de soins ne sont pas toujours adaptées pour accueillir ce profil de patients, et les réponses ponctuelles qui sont apportées entraînent de nouvelles ruptures dans les parcours de soins des enfants. Le résultat en est le retard de soins appropriés, avec un développement de retards d'acquisitions ou de pathologies, notamment psychiatriques. Lorsque la PMI sollicite des prises en charge au CAMSP ou en CMP les délais d'attente sont parfois très longs, de plusieurs mois. La charge de travail des CAMSP est telle, dans certains territoires que les enfants ne sont plus pris en charge après l'âge de 2 ans. Pour les enfants plus âgés, la PMI sollicite les CMP, qui eux aussi submergés de demandes, doivent établir des priorités. Les troubles présentés, parfois qualifiés de « sociaux » ne sont pas toujours perçus comme prioritaires. Il faut régulièrement, pour obtenir une prise en charge, argumenter que les troubles psychologiques des enfants confiés à l'ASE ne peuvent être soignés par la mesure de protection seule. Pourtant cette prise en charge doit être précoce pour prévenir des pathologies psychiatriques que l'on retrouve plus tard chez les enfants et adultes qui ont été confiés à l'ASE. Pour cela il est indispensable de renforcer les moyens alloués aux CAMSP et CMP et autres structures de soins pédopsychiatriques et psychiatriques.

### **Santé environnementale**

Les progrès des recherches scientifiques et notamment en épigénétique révèlent l'influence des facteurs environnementaux sur la santé de la population, avec une particularité sur les

jeunes enfants du fait de leur vulnérabilité, et ce dès la vie intra-utérine. Or les familles sont encore très peu informées sur les différents risques que peuvent avoir certains comportements du quotidien sur la santé de leurs enfants.

Ainsi une vigilance doit être portée collectivement sur la qualité des éléments tant physiques, chimiques que biologiques composant l'environnement de la femme enceinte et de l'enfant. Ceci nécessite un travail d'information et de formation auprès des professionnels de santé mais aussi un large programme de communication auprès de la population générale. Une véritable politique de prévention doit être définie et mise en œuvre après que la loi de modernisation du système de santé de 2016 a confié aux services de PMI l'organisation d' *"actions de prévention et d'information sur les risques pour la santé liés à des facteurs environnementaux, sur la base du concept d'exposome"*<sup>6</sup>.

Par ailleurs, les facteurs psychologiques, sociaux et culturels sont aussi à prendre en compte pour assurer à l'enfant un environnement favorable à son développement et à son épanouissement.

### **Santé mentale et psychique**

La santé mentale des enfants et des jeunes est un enjeu majeur pour leur avenir et leur entrée dans la vie adulte. Or les manques du dispositif de soins actuel sont de plusieurs niveaux.

Dès la période prénatale, la prise en charge des pathologies psychiatriques maternelles est insuffisante ou inadaptée. Ceci par défaut de repérage ou défaut de professionnels spécialistes lié aux problèmes de démographie médicale ou encore par défaut de formation des professionnels de santé dans ce domaine particulier de la périnatalité. Cette situation aboutit à la naissance d'enfants potentiellement en souffrance en raison de l'absence de prise en compte d'un environnement psychique délétère pour leur bon développement. S'y ajoute l'insuffisance de places dans les structures de soins et de prévention que sont par exemple les unités psychiatriques de soins mère-bébé, structures pourtant particulièrement favorables au tissage des échanges entre parents et enfant, dans le contexte d'une pathologie ou de troubles psychiatriques des parents. Le travail de coordination entre les services de psychiatrie et de PMI sont aussi à renforcer pour permettre une prise en charge bienveillante et pour soutenir ces mères éprouvées.

Par ailleurs, dans l'enfance ou l'adolescence l'accès à des consultations ou à des structures spécialisées peut être compliqué dans certaines régions, ce qui amène à des retards de prise en charge, avec toutes les conséquences que cela peut avoir sur le développement et la chronicisation des pathologies, sur la déscolarisation ou la désocialisation des jeunes. Ce phénomène est encore plus aigu pour les enfants confiés à l'ASE.

La question des conduites addictives est un enjeu majeur chez les jeunes et ce dès l'enfance. Cela nécessite un travail de prévention auprès des familles et de soutien auprès des parents dans leur rôle éducatif.

---

<sup>6</sup> Ce terme regroupe toutes les atteintes à la santé qui ne soient pas d'origine génétique et ce depuis la conception et sur toute la durée de vie, en intégrant non seulement l'environnement mais aussi les causes psychologiques et socio-économiques

Spécifiquement, la question de la consommation excessive des écrans est très présente chez les jeunes adolescents. Par ailleurs, l'exposition précoce et régulière du tout petit puis de l'enfant aux écrans (télévision, ordinateur, tablette, smartphone...) peut induire à court et moyen terme des troubles de l'acquisition du langage puis des apprentissages, des difficultés de concentration, des troubles du comportement. Le jeune enfant est d'autant plus sensible à cette exposition du fait de son immaturité neurosensorielle et psychique. Son développement psychoaffectif, son devenir scolaire et social peuvent être remis en cause. Une vigilance particulière doit donc être portée sur ce phénomène notamment chez le jeune et très jeune enfant. Un travail de prévention est nécessaire auprès des enfants mais également auprès des parents et de l'entourage de l'enfant.

### **Santé sexuelle**

Les lois de ces dernières années ont contribué à faciliter l'accès à l'IVG et à la contraception à l'ensemble de la population et particulièrement des mineurs, ainsi qu'à l'accès aux différents dépistages d'infections sexuellement transmissibles (IST). Cependant, dans les faits, un long parcours reste encore à faire.

En effet, concernant l'accès à la contraception et à l'IVG, la législation n'est pas appliquée de façon systématique par les professionnels de santé (anonymat, prise en charge à 100%, délivrance gratuite de pilules, choix des méthodes d'IVG dont l'IVG médicamenteuse), ce qui prive les jeunes, et notamment les mineures, de ce droit fondamental qu'est l'accès à la sexualité et à la maîtrise de sa fécondité. Ce défaut d'application de la loi est lié soit à la pénurie des professionnels de santé, soit à un manque de formation ou d'information des professionnels.

L'accès au dépistage des IST est insuffisant au vu des statistiques montrant le pourcentage important des patients porteur d'une sérologie positive sans en être conscient. Ce phénomène contribue à la propagation des IST.

Enfin la question des violences sexuelles faites aux femmes reste un enjeu primordial tant sur le volet préventif que répressif. Ainsi, les interventions faites auprès des lycéens montrent les erreurs de représentations que peuvent avoir les jeunes sur le respect de leur propre corps, le respect de l'autre, le respect du genre, et la confusion qui peut être faite entre la sexualité et la pornographie. De même, bien que des avancées aient été accomplies pour faciliter les démarches des femmes victimes auprès des autorités judiciaires, le parcours de ces femmes reste très inhomogène sur le territoire.

Un grand travail de prévention, de communication et de promotion de la santé doit être mené avec envergure sur le thème de la santé sexuelle, auprès de la population générale mais aussi auprès des professionnels de santé et de l'éducation nationale.

Enfin, il y a une grande inégalité selon les secteurs : sur certains territoires des lieux de consultations prénatales et de planification disparaissent, faute de professionnels de santé ; ailleurs se créent des Centres de santé sexuelle, qui au-delà du choix possible pour chacun(e) de sa sexualité, de sa contraception, d'une grossesse, permet d'accompagner dès l'adolescence à une meilleure connaissance de son propre corps, du corps de l'autre, au respect de soi et de l'autre, pour une meilleure prévention des difficultés sexuelles trop

souvent à l'origine des maltraitances conjugales et infantiles. Les professionnels des Consultations Périnatales et de Planification se forment à la sexologie. Ces dispositifs sont à encourager.

### **Handicap et enfance**

Le dépistage du handicap ou du risque de handicap chez le jeune enfant est primordial afin de pouvoir lui offrir une prise en charge adaptée, qui, mise en œuvre de façon précoce, pourra réduire le degré du handicap, et de sur-handicap, et assurer une qualité de vie optimisée pour l'enfant et sa famille. Sur ce chemin, les obstacles sont nombreux : insuffisance de mobilisation des institutions concernées pour la socialisation en milieu ordinaire, difficultés de l'accès aux soins pour ces enfants, manque de dispositifs adaptés. Des places supplémentaires dans les établissements spécialisés pour enfants sont à créer, ainsi que des postes de pédopsychiatres, d'orthophonistes, de psychomotriciens ou de kinésithérapeutes pour enfants, notoirement insuffisants dans la plupart des régions de France.

Le non-remboursement des actes d'ergothérapeutes, de psychomotriciens ou de psychologues reste également un frein pour l'accès aux soins des enfants, en particulier les plus défavorisés.

Par ailleurs, l'accès à la scolarité est un problème toujours très prégnant en école maternelle. L'institution n'a toujours pas pris la mesure de son rôle inclusif et les enseignants de ce fait se trouvent souvent démunis pour accueillir dans leur classe des enfants en situation de handicap. La formation des enseignants et la professionnalisation des AVS sont souvent très insuffisantes. Ceci met en difficulté tant les enseignants que l'enfant porteur de handicap et peut conduire à une déscolarisation précoce et une mise en grande difficulté de la famille.

L'accès aux modes d'accueil des jeunes enfants en situation de handicap est également à promouvoir et développer pour favoriser au maximum leur socialisation précoce en milieu ordinaire.

### **Autisme et enfance**

Au cours des consultations infantiles, des bilans de santé en écoles maternelles, mais aussi dans ses missions auprès des EAJE, des assistants maternels et dans le cadre du suivi médical des enfants confiés à l'ASE, la PMI intervient dans le repérage des troubles divers du développement de l'enfant. Le dépistage précis de ces troubles, notamment l'autisme, nécessite une orientation vers des services spécialisés, hospitaliers, CAMSP, CMP en vue du diagnostic. Les premiers signes du trouble du spectre de l'autisme sont repérés, et ce dans 80 % des cas, par les parents eux-mêmes vers l'âge de deux ans mais le diagnostic tarde (vers 4 à 5 ans en France). Parmi les facteurs de risque, seules les études portant sur les fratries mettent en évidence le lien qui existe entre autisme et héritabilité mais d'autres facteurs intéressent les chercheurs, parmi lesquels : la prématurité, les grossesses très rapprochées, certaines carences ou pathologies, le stress prénatal... autant de facteurs où une prévention active est possible. La PMI accompagne les parents dans cette attente

souvent trop longue, et les aide dans les démarches médicales, la mise en place de rééducations précoces, de soutien ou de soins psychiques, mais aussi pour l'accueil en EAJE et en école maternelle. L'inclusion de ces enfants en milieu collectif, lorsqu'elle est possible, assure un meilleur développement de l'enfant et permet de soulager les parents, leur permettant parfois de reprendre leur emploi.

Dans le domaine de l'autisme, il est nécessaire de renforcer la formation des professionnels de la petite enfance, de la santé, des enseignants et d'augmenter les moyens dédiés au diagnostic, à la prise en charge et au soutien des parents.

### **Modes d'accueil, santé et développement du jeune enfant**

L'accueil socialisé du bébé et du jeune enfant en mode d'accueil collectif ou individuel requiert des conditions adaptées aux besoins spécifiques de ce très jeune âge afin de favoriser la santé et le développement des tout petits : continuité de leurs repères, connaissance fine du développement des jeunes enfants et attention individualisée à chacun de la part des accueillants. Notre expérience de la petite enfance en PMI rejoint le constat que *"Les bébés ont besoin pour pouvoir se socialiser, en particulier d'une très grande qualité des rencontres individuelles"*<sup>7</sup>. Les conditions favorables à la santé et au développement des bébés en modes d'accueil sont, selon de nombreuses études réalisées en France et à l'étranger<sup>8</sup>, liées à un ensemble de critères prenant en compte : les niveaux de qualifications professionnelles, les taux d'encadrement, la taille restreinte des groupes d'enfants, le respect des rythmes spécifiques des tout-petits, le temps et la disponibilité accordés à l'enfant et sa famille, l'implication des parents, la sensibilité du personnel aux intérêts et aux besoins des enfants, la stabilité du personnel, l'adéquation des locaux, le sens que trouvent les personnels dans leur travail et leur accord avec les objectifs et les méthodes du travail, ainsi que des temps de réflexion réguliers sur les pratiques, qui favorisent une prise en compte de l'enfant et de sa famille dans une relation individualisée.

### **Risques liés aux pressions pour les apprentissages précoces**

Des programmes éducatifs de stimulation cognitive sont de plus en plus souvent mis en place dans les modes d'accueil et lieux de vie du jeune enfant. De très nombreux enfants se trouvent en grande difficulté, notamment du fait des pressions à la performance et à l'évaluation de plus en plus précoce de leurs « compétences » cognitives et corporelles. Les parents, les enseignants, les professionnels, pris dans la pression d'une société inquiète de l'avenir, peuvent soumettre de façon plus ou moins consciente les enfants à une attente toujours plus angoissée et angoissante de réussite. Cette attente anxieuse d'une aptitude aux apprentissages précoces ignore le temps de la maturation et des expériences premières. Cela génère pour beaucoup d'entre eux un inconfort voire une insécurité psychique sévère auxquels ils peuvent réagir par une agitation débordante ou par le repli relationnel. Ces pratiques de sur-stimulation précoce ne prennent pas en compte la singularité et le rythme

---

<sup>7</sup> Selon les propos du Pr Bernard Golse, pédopsychiatre, chef de service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au CHU Necker – Paris.

<sup>8</sup> A. Florin. *Modes d'accueil pour la petite enfance. Qu'en dit la recherche Internationale ?* Toulouse Eres 2007.

de développement et d'apprentissage de chaque enfant, à un âge où l'hétérogénéité des parcours de développement est très importante. Dans tous les lieux de vie de l'enfant, dans sa famille, en crèche, chez les assistants maternels, à l'école maternelle, en centre de loisirs, la PMI insiste sur la bienveillance de l'accueil, le bien-être et l'intégration de chaque enfant dans le groupe, le respect du rythme de chacun dans les éveils et les apprentissages. Une bonne connaissance des besoins et des étapes du développement de l'enfant est nécessaire pour les professionnels de santé et de la petite enfance.

### **Prise en charge des mineurs non accompagnés**

Près de 13000 mineurs non accompagnés sont pris en charge par les départements. Ces jeunes sont censés bénéficier de l'accès aux droits communs et au dispositif de protection de l'enfance des départements.

Ces mineurs nécessitent dès leur arrivée un bilan de soins, qui appelle une réaction rapide des acteurs sanitaires pour des bilans de santé en médecine générale et en santé mentale. Les départements accusent un manque de moyens pour leur réalisation.

La PMI est concernée dans la prise en charge de ces mineurs non accompagnés, lorsque l'ASE sollicite son avis pour des questions de santé physique et psychique. La prise en charge précoce doit mobiliser rapidement les acteurs de santé pour les soins dont ils ont besoin et non pour évaluer leur âge par des tests et examens non éthiques, non fiables, coûteux, qui font perdre un temps précieux.

A cet égard, nous exprimons notre opposition vigoureuse au recours aux tests osseux pour déterminer la minorité de ces jeunes en l'absence de documents d'identité ou d'état civil, autorisé par la loi de protection de l'enfant du 14 mars 2016. Cette disposition reste contestée par de très nombreuses autorités et par les principaux acteurs de santé de l'enfance (en annexe 3 un document remis à la ministre de l'enfance et de la famille en 2016 par l'ensemble des organismes de pédiatres de France). Le CRC de l'ONU a d'ailleurs recommandé à la France de « *mettre un terme à l'utilisation des tests osseux en tant que principale méthode de détermination de l'âge des enfants et de privilégier d'autres méthodes qui se sont avérées plus précises* »<sup>9</sup>.

Plus généralement, concernant les enfants de familles dites « sans papiers », les acteurs de PMI constatent régulièrement les répercussions délétères sur le plan psychologique et développemental des situations où ces enfants, même bébés, sont placés en centres de rétention avec leurs parents, ou sont séparés d'un de leur parent lui-même menacé d'expulsion ou expulsé.

---

<sup>9</sup> Op. Cit. p. 19

### **Pour mémoire**

➤ Le Conseil National Professionnel de Pédiatrie et la Société Française de Pédiatrie, auxquels le SNMPMI adhère ont présenté, à l'occasion de l'élection présidentielle 2017, 15 propositions pour *La santé des enfants : une priorité pour notre société*<sup>10</sup>. Ces propositions figurent en annexe 4.

➤ Le Monde du 19 avril 2017 a publié une tribune de Pierre Suesser, co-président du SNMPMI, intitulée *Candidats à l'élection présidentielle sauvez la protection maternelle et infantile*. Cette tribune figure en annexe 5.

---

<sup>10</sup> Consultables sur :

[http://www.sfpediatrie.com/sites/default/files/actualites/20170216\\_les\\_propositions\\_du\\_cnpp\\_pour\\_la\\_sante\\_de\\_le\\_nfant\\_vdef.pdf](http://www.sfpediatrie.com/sites/default/files/actualites/20170216_les_propositions_du_cnpp_pour_la_sante_de_le_nfant_vdef.pdf)

## Annexe 1

### La santé de l'enfant en France en quelques chiffres

  
800 000  
naissances / an

  
14,2 M d'enfants  
de 0 à 17 ans

(source: Insee)

#### Une population touchée par des modifications familiales et des difficultés sociales :

  
2,8 M d'enfants  
dans une famille  
monoparentale  
(source: Insee)

  
1,4 M d'enfants  
dans une famille  
recomposée  
(source: Insee)

  
Presque 10% des enfants vivent  
au sein de ménages dont les  
revenus sont inférieurs à 50 % du  
revenu médian national  
(source : UNICEF, Rapport Innocenti 2013)

#### Une population consommatrice de soins en urgence pour des pathologies bénignes



+ de 3 M d'enfants passent aux urgences dans l'année

8,6 % sont hospitalisés // 22,7 % des plus de 18 ans sont hospitalisés  
(sources : Cour des comptes 2014 ; Statistique annuelle des établissements de santé 2015)

#### Une population touchée par la maladie chronique et le handicap

  
3 à 4% des enfants naissent avec une  
malformation congénitale  
(source : Inserm 2016)

  
316 000 enfants de moins de 15 ans bénéficient  
d'une prise en charge pour affection de longue  
durée (ALD), dont presque la moitié pour des  
affections touchant le neuro-développement  
(source : CNAMTS 2016)

#### Une population bénéficiant peu de la recherche en thérapeutique :

+ du tiers des enfants français de moins de 16 ans ont été exposés à au moins une prescription hors  
autorisation de mise sur le marché  
(source : Enquête Palmaro et al. Pediatrics. 2015;135:49-58)

### Des professionnels de la santé de l'enfant peu nombreux :



- 9 000 professionnels travaillent dans les services de protection maternelle et infantile (PMI), dont 2 000 médecins titulaires et près de 5000 puéricultrices et infirmières  
*(source : rapport sur la PMI – 2006)*
- 1 100 médecins scolaires pour 12 millions d'élèves  
*(source : Syndicat National des Médecins Scolaires et Universitaires)*
- 7 000 pédiatres, dont un tiers ont un exercice libéral ou mixte  
*(source : CNOM 2016)*

### Quelques indicateurs de santé inquiétants :

- Classement de la France pour le bien-être en santé des enfants : 10<sup>ème</sup> / 29 pays développés *(UNICEF. Rapport Innocenti 2013)*
- Un taux de naissances prématurées passé de 5,9% des naissances en 1995 à 7,4% en 2010 *(source : Inserm)*
- Dès la grande section de maternelle, 8,7% des enfants sont en surpoids et 3,2% sont obèses *(source : DREES 2015)*
- Couverture vaccinale inférieure à l'objectif de 95 % pour la rougeole, les oreillons, la rubéole (ROR) et l'hépatite B pour les nourrissons *(source : DREES 2015)*
- Près des deux tiers des hospitalisations pour asthme concernent des enfants de moins de 15 ans *(source : Invs 2014)*
- Un quart des adolescents admettent avoir déjà consommé du cannabis à 15 ans ; un quart des garçons boivent de l'alcool au moins 1 fois/semaine à 15 ans *(source : OMS, HBSC study 2012)*

## Annexe 2

### Situation du dispositif de PMI, de nombreuses raisons d'alerter

**Le code de la santé publique énonce l'ensemble des missions<sup>11</sup> de la PMI** et fixe des normes minimales d'activités et de professionnels, les services de PMI étant placés sous l'autorité des conseils départementaux : il y a donc une tension entre l'existence d'une législation nationale (loi de 1989, décrets de 1992) très précise et celle d'un cadre d'application décentralisé depuis 1985, sans politique nationale incitative ou régulatrice jusqu'à la récente loi de modernisation du système de santé de 2016. Cela s'est traduit par autant de politiques de PMI que de départements, il n'y a plus eu de politique nationale de santé de l'enfant, des jeunes, des familles, l'Etat n'a plus impulsé ni régulé les orientations de PMI et leur mise en œuvre.

#### **Les principes directeurs du dispositif de PMI**

Proximité, accessibilité, gratuité, pluridisciplinarité<sup>12</sup>, approche globale médico-psycho-sociale, modalités d'actions variées<sup>13</sup>, partenariat très diversifié, large panel de missions, allant de la planification familiale aux modes d'accueil..., double compétence : santé publique – promotion de la santé et actions de santé individualisées ; la PMI est donc un service de santé avant tout, mais ayant de fortes proximités avec les politiques sociales et éducatives.

La PMI s'adresse à tous, tout en portant une attention particulière à des populations rencontrant des difficultés spécifiques... (notion d'« universalisme proportionné » comme le préconise l'IGAS - cf. le rapport "*Les inégalités de santé dans l'enfance*", 2011).

Ces principes que le dispositif de PMI applique de très longue date pour la santé de l'enfant et de la famille convergent avec ceux qui sous-tendent la stratégie nationale de santé, figurant à l'article 1 de la loi de modernisation du système de santé, qui a pour maîtres mots : promotion de la santé et prévention, parcours de santé coordonné, prise en charge globale, coopération entre professionnels, action sur les déterminants de santé,

---

<sup>11</sup> Les activités prévues au titre de la PMI sont inscrites dans le Code de la santé publique (articles L.2112-1 et L.2112-2) : il s'agit notamment de consultations médicales préventives, de visites à domicile, de bilans de santé en école maternelle, d'actions médico-sociales de soutien aux familles, d'activités de planification et d'éducation familiales, d'actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger, d'activités d'agrément et de contrôle des modes d'accueil de la petite enfance, du traitement d'informations épidémiologiques et en santé publique relatives à la maternité et à la petite enfance

<sup>12</sup> Les équipes de PMI peuvent comprendre : médecins, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, sages-femmes, psychologues, conseillères conjugales, éducatrices de jeunes enfants, psychomotriciens, orthophonistes, diététiciens, secrétaires.

<sup>13</sup> Consultations, bilans de santé, accueils individuel ou de groupe, visites à domiciles par des puéricultrices et des sages-femmes, entretiens psychologiques, groupes de paroles, accueils parents-enfants, soutien à domicile par des techniciennes de l'intervention sociale et familiale, intervention dans les milieux de vie et de socialisation (modes d'accueil, écoles maternelles...), etc.

communautés professionnelles territoriales de santé, lutte contre les inégalités sociales de santé.

**Les réalisations du dispositif de PMI sont avérées.** Le Conseil économique, social et environnemental le confirme dans un rapport de 2014 : "Institution originale, pionnière d'un nouveau mode de prise en charge axé sur la prévention et la prise en compte des déterminants de santé, la PMI doit voir ses atouts valorisés et son avenir sécurisé"<sup>14</sup>. A l'actif par exemple, le bulletin épidémiologique hebdomadaire du ministère de la santé a noté à plusieurs reprises la place prépondérante prise par la PMI dans le dépistage du saturnisme infantile en France depuis 30 ans<sup>15</sup>. L'Inspection générale des affaires sociales rappelait également en 2011 que "la couverture vaccinale des élèves de ZEP contre la rougeole et l'hépatite B est meilleure que celle des élèves hors ZEP, sans doute du fait d'un recours plus important aux services de la protection maternelle et infantile"<sup>16</sup>. Ceci sans oublier les multiples actions, dans le champ médico-psycho-social, que mène la PMI au quotidien pour promouvoir la santé des bébés et l'établissement des relations précoces avec leurs parents : accompagnement de la grossesse, conseils de puériculture, soutien à la parentalité, dépistages dont celui du handicap et orientation vers les services spécialisés, aide psychologique et sociale face aux difficultés habituelles ou aux troubles sévères du développement, recherche d'un mode d'accueil, etc.

Concrètement l'action préventive de la PMI<sup>17</sup>, incluant la dimension médicale et de puériculture, s'inscrit dans l'accompagnement de la vie quotidienne : qualité relationnelle lors du suivi de la grossesse, lors de la mise en place ou de renoncement à un allaitement maternel, lors de premières séparations vers un mode d'accueil ; prise en compte de questions apparemment bénignes sur le bain, la nourriture, les bobos des nouveau-nés, en mesurant les soubassements somatiques et psychologiques ; prévention des risques environnementaux et sociétaux pour le développement et l'épanouissement des jeunes enfants ; mise en place d'activités d'éveil culturel et artistique... La PMI intervient aussi par son soutien face aux aléas de la vie ordinaire où un enfant peut se trouver perturbé lors d'une étape normale de son développement : sevrage, naissance d'un puiné... Enfin la PMI apporte une aide globale, incluant les versants psychologique et social, face aux accidents de la vie : situation de handicap ou de maladie chronique, séparations–recompositions familiales, décès d'un membre de la famille, violences conjugales, pathologie mentale, précarisation des conditions sociales de vie.

---

<sup>14</sup> [http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Fiches/2014/FI21\\_pmi.pdf](http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Fiches/2014/FI21_pmi.pdf)

<sup>15</sup> cf. Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) 2008/44 et 2010/44

<sup>16</sup> Inspection générale des affaires sociales. Alain Lopez, Françoise Schaetzel, Marguerite Moleux et Claire Scotton. *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance*. Rapport RM2011-065P, mai 2011

<sup>17</sup> Selon les trois registres de la « prévention en rhizome » développé par S. Giampino et C. Vidal dans leur ouvrage *Nos enfants sous haute surveillance* (Albin Michel 2009)

**La récente loi de modernisation du système de santé** a signé le retour du dispositif de protection maternelle et infantile et de la santé de l'enfant dans la politique nationale de santé.

La loi précise en effet notamment :

- ◆ que la politique nationale de santé comprend l'animation nationale des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile ;
- ◆ que les services de PMI contribuent à la politique nationale de santé ;
- ◆ que l'articulation des missions des médecins de PMI avec celles des futurs médecins traitants de l'enfant, dans le cadre du parcours de santé de l'enfant, s'exerce en bonne intelligence et dans le respect des compétences des médecins du service de PMI ;
- ◆ qu'un volet de la stratégie nationale de santé détermine les priorités de la politique de santé de l'enfant et qu'une des missions du Haut comité de santé publique est de contribuer à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant globale et concertée ;
- ◆ que des représentants des services de PMI sont associés aux conseils territoriaux de santé et que les professionnels de PMI, en tant qu'acteurs des soins de premier recours, sont appelés à participer aux communautés professionnelles territoriales de santé ;

**Cependant force est de constater à ce stade que :**

→ **Les services de PMI sont fragilisés dans de nombreux départements** : beaucoup de consultations de nourrissons et de femmes enceintes ou de planification familiale, de bilans de santé en école maternelle sont supprimés ; sinon les délais de rendez-vous s'allongent, le suivi d'enfants après 2 ans se restreint, les visites à domicile en pré et post-natal se raréfient. On ne compte plus les postes vacants, s'agissant surtout des médecins, mais aussi des puéricultrices, des sages-femmes. Ceci, dans un contexte d'aggravation de la précarité sociale, d'évolution des structures familiales et d'isolement grandissant de nombreuses familles

→ **Le périmètre de la PMI est réduit dans un nombre croissant de départements à certaines missions** (protection de l'enfance, modes d'accueil) en délaissant le champ global de la prévention, les équipes de PMI sont souvent dispersées unité territoriale par unité territoriale sans aucune coordination en tant que service départemental de PMI

→ **Un service au public insuffisant et très inégalement réparti**, les normes minimales conçues pour le garantir sont très diversement respectées : en 2004, 48% des départements se situaient sous les normes en matières de consultations, 22% sous les normes pour les personnels puéricultrices et sages-femmes (2006 - étude sur la PMI en France, IGAS).

La Cour des Comptes estimait aussi (rapport 2012) que la "couverture des services de PMI est inégale": en 2009, 40 départements se situent sous les normes de consultations prénatales, 56 départements sous les normes pour les consultations infantiles. On observe des écarts pour les taux de sages-femmes PMI allant de 1 à 17, pour les puéricultrices de 1 à

3,5. Egalement de fortes disparités concernant les taux de médecins : 66 ETP pour 100 000 naissances dans le Finistère pour 980 ETP en Seine-St-Denis (rapport de 1 à 15).

→ **Eléments d'évolution des capacités d'action du dispositif PMI, quelques exemples :**

	Nb de séances de protection infantiles - France métropolitaine	Nombre de points de consultations infantiles	Nb de départements ne respectant pas la norme réglementaire de consultations infantiles
<b>1985</b>		6527 <sup>(1)</sup>	
<b>1992</b>	261 000 <sup>(1)</sup>	5721 <sup>(1)</sup>	
<b>1995</b>			58 <sup>(2)</sup>
<b>2004</b>	221 628 <sup>(3)</sup>		47 <sup>(3)</sup>
<b>2009</b>			56 <sup>(4)</sup>
<b>2011</b>		4279 <sup>(5)</sup>	

<sup>(1)</sup> Documents statistiques n°233 (SESI - oct. 1995)

<sup>(2)</sup> Documents statistiques n°303 (SESI - avril 1998)

<sup>(3)</sup> Rapport IGAS : Etude sur la protection maternelle et infantile en France (2006)

<sup>(4)</sup> Cour des Comptes : Rapport public annuel 2012 - février 2012

<sup>(5)</sup> DREES :

[http://data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF\\_ActivePath=P,18,73,74](http://data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,18,73,74)

De plus, selon le Conseil supérieur de la Fonction publique territoriale<sup>18</sup>, on comptait 3232 médecins territoriaux titulaires au 31/12/2007 et plus que 3050 médecins territoriaux titulaires au 31/12/2009.

Le CNFPT relève pour sa part qu'en 2008 on comptait 7630 médecins territoriaux titulaires et non titulaires<sup>19</sup>, chiffre qui est tombé à 5013 en 2011<sup>20</sup>.

Le nombre de médecins de PMI (en ETP) qui était de 2250 en 2009<sup>21</sup> est passé à 2080 en 2011<sup>22</sup>. Enfin entre 2009 et 2011, en seulement 2 ans, les 20 départements employant le plus de médecins (62% du total des médecins) ont perdu 11% de leurs effectifs médicaux (source : DREES).

<sup>18</sup> CSFPT - Rapport sur les médecins territoriaux, 24 avril 2013

<sup>19</sup> CNFPT - "Synthèse" n°38 sept 2010

<sup>20</sup> CNFPT - Effectifs territoriaux au 31 décembre 2011 Tableau de bord national

[www.cnfpt.fr/sites/default/files/tableau\\_de\\_bord\\_effectifs\\_territoriaux\\_nationaux\\_au\\_31.12.11.pdf](http://www.cnfpt.fr/sites/default/files/tableau_de_bord_effectifs_territoriaux_nationaux_au_31.12.11.pdf)

<sup>21</sup> DREES : Document de travail Série Statistiques (N°163 - nov 2011)

<sup>22</sup> DREES : Document de travail Série Statistiques (N°184 - août 2013)

Enfin une étude de la DREES de 2015 dresse un nouvel état des effectifs de professionnels exerçant en PMI en 2012<sup>23</sup> :

**TABLEAU 1**  
**Les principaux professionnels intervenant auprès du public**

	Équivalent temps plein (ETP)*						Répartition ETP (en %)	Taux d'évolution (en %) 2012/2007	Taux d'évolution annuel moyen (en %) 2012/2007	Effectifs* 2012
	2007	2008	2009	2010	2011	2012				
Puéricultrices	4 150	4 140	4 190	4 180	4 160	4 200	39,3	1,3	0,3	4 690
Médecins	2 210	2 260	2 350	2 210	2 160	2 090	19,6	-5,4	-1,1	2 690
Infirmiers (ières)	1 340	1 310	1 360	1 380	1 390	1 340	12,6	0,2	0,0	1 560
Sages-femmes	860	910	960	980	970	1 010	9,4	16,3	3,1	1 170
Auxiliaires de puériculture	880	900	1 020	980	960	910	8,5	5,3	1,0	1 050
Psychologues	460	490	540	540	520	480	4,5	6,0	1,2	580
Conseillers(ères) conjugaux(ales)	230	250	320	380	340	340	3,2	52,1	8,8	500
Éducateurs(trices) de jeunes enfants	260	270	290	300	310	310	2,9	18,6	3,5	360
<b>Total estimé** des principaux ETP intervenant auprès du public</b>	<b>10 380</b>	<b>10 530</b>	<b>11 040</b>	<b>10 940</b>	<b>10 830</b>	<b>10 690</b>	<b>100</b>	<b>3,0</b>	<b>0,6</b>	<b>12 600</b>

\* Personnels en position d'activité (y compris congés maladie, parental...), hors vacataires et hors remplacement de personnels titulaires.  
 \*\* Les chiffres sont arrondis à la dizaine.  
 Note • Les données de l'enquête ne permettent pas de connaître le ou les secteur(s) d'activité (actions auprès des mères et futures mères, des enfants ou en planification familiale) de ces professionnels.  
 Champ • France entière.  
 Source • Enquêtes PMI, DREES.

→ **Le financement est mal assuré** par l'Etat (pas de fléchage dans la DGD) : le budget global de fonctionnement consacré à la PMI était, selon l'IGAS, de 605 millions d'€ en 2005, à comparer aux 23 milliards d'€ affectés en 2004 par les départements à leurs dépenses d'action sociale et aux 10 milliards d'€ consacrés à la prévention dans la dépense de santé (source DREES 2002). L'assurance-maladie, deuxième financeur extérieur aux départements, apporterait, selon l'IGAS, un dixième des ressources consacrées à la PMI (60 millions d'€ en 2004). L'actuelle convention CNAMTS-départements sur le financement des services de PMI par les CPAM prend essentiellement en compte le remboursement des actes des médecins et sages-femmes mais laisse de côté d'autres modalités potentielles comme l'attribution d'une part forfaitaire sur les actions de santé publique et de prévention collective<sup>24</sup> et d'une nouvelle part de remboursement à l'acte avec la prise en compte des actes des infirmières puéricultrices.

<sup>23</sup> DREES, Etudes et Résultats, n° 913, avril 2015

<sup>24</sup> Il serait possible à ce titre de compléter le deuxième alinéa de l'article L. 2112-7 du CSP en prévoyant l'attribution par les organismes d'assurance maladie sur leur fonds d'action sanitaire et sociale de dotations contribuant notamment à l'exercice pluridisciplinaire des services de PMI et à la coordination des soins.

→ **Les réformes successives des collectivités locales** laissent planer des incertitudes sur l'existence même des départements à terme, par voie de conséquence une grave incertitude sur le devenir des services PMI.

→ **Les ARS** n'ont pas d'intervention directe sur les politiques et le financement de la PMI, lesquels restent du ressort des Conseils départementaux : la globalité des compétences de la PMI n'est appréhendée ni par les Conseils départementaux (qui n'investissent souvent pas assez le domaine de la santé), ni par les ARS (qui n'ont pas de compétence sociale à proprement parler).

→ **Le problème crucial de la démographie des professionnels de PMI** : concernant la Fonction publique territoriale, une étude du CNFPT<sup>25</sup> prévoit que la part des titulaires au 31/12/2006 qui auront atteint l'âge moyen de départ en retraite en 2020 est de 66% pour les médecins, 47% pour les psychologues, 69% pour les sages-femmes, 43% pour les puéricultrices et 88% pour les puéricultrices cadres de santé.

→ **La PMI se situe dans un contexte d'offre de soins en "crise"** : une offre de soins ambulatoire qui globalement se traduit par des difficultés croissantes d'accès aux soins (baisse de la démographie des pédiatres et gynécologues, et généralistes dans beaucoup de régions ou départements - campagnes, villes) et de plus en plus d'inégalités d'accès (dépassements d'honoraires), dans un contexte hospitalier de plus en plus tendu (urgences surbookées, sorties précoces de maternités, fermeture des petites maternités), sur fond de couverture maladie complémentaire de moins en moins accessible pour de très nombreuses familles...

→ **Chantiers urgents pour répondre aux difficultés du dispositif de PMI**

◆ **Travailler sur les enjeux de financement notamment :**

- avec la DSS sur les modalités de financement par les organismes d'assurance maladie (part forfaitaire sur les actions de santé publique et de prévention collective<sup>26</sup> et part de remboursement à l'acte avec la prise en compte des actes des infirmières puéricultrices), et sur la nécessité d'ouvrir un chantier concernant la valorisation financière des actes des psychologues,
- avec la DGOS sur les aspects d'application à la PMI des modalités de financement prévus dans le cadre de la coordination et de la continuité des soins, en amendement notamment dans ce sens les articles L.1435-3 et 4 et L.6323-5 du code de la santé

---

<sup>25</sup> CNFPT La démographie des personnels territoriaux au 31/12/2006, oct.2009

<sup>26</sup> Proposition de compléter le deuxième alinéa de l'article L. 2112-7 du CSP en prévoyant l'attribution par les organismes d'assurance maladie sur leur fonds d'action sanitaire et sociale de dotations contribuant notamment à l'exercice pluridisciplinaire des services de PMI et à la coordination des soins.

publique relatifs à la contractualisation avec les offreurs de services de santé et aux dotations de financement des services de santé (fonds attribués par les ARS<sup>27</sup>),  
- avec la DGCS sur la piste d'une participation des CAF au financement des actions de la PMI portant sur leur mission concernant les modes d'accueil.

♦ **Travailler sur les enjeux de démographie des professionnels de santé, de statut et de rémunération** (alignement sur la grille des praticiens hospitaliers), de formation et de curriculum des métiers exerçant en PMI : reprise des travaux de 2014<sup>28</sup> avec les directions concernées du ministère de la solidarité et de la santé, lien à faire avec les ministères de la fonction publique et de l'enseignement supérieur.

♦ **Donner une assise réglementaire au Comité d'Animation Nationale des Actions de PMI (CANA-PMI)**, mis en place depuis janvier 2017 en application de la loi de modernisation du système de santé (« *la politique nationale de santé comprend l'animation nationale des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile* ») et co-piloté par la DGS et l'ADF.

---

<sup>27</sup> Financement pluriannuel de programmes coopératifs en prévention et santé publique, contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins et dotations contribuant à financer l'exercice coordonné des soins.

<sup>28</sup> Rapport de la DGS « Evolution de la protection maternelle et infantile » du 31 octobre 2014 : [http://www.assurervavenirpmi.org/Doc/Rapport\\_DGS\\_PMI\\_31oct2014.pdf](http://www.assurervavenirpmi.org/Doc/Rapport_DGS_PMI_31oct2014.pdf)

## Annexe 3

**Société française pour la santé de l'Adolescent (SFSA), Société française de pédiatrie (SFP), Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile (SNMPMI), Association Nationale des Maisons des Adolescents (ANMDA), Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA), ONG *Pédiatres du monde***

<p align="center"><b>Tests osseux et Mineurs isolés étrangers : Rencontre avec Madame Laurence Rossignol - 25 janvier 2016</b></p>
--

Voici l'argumentation dont nous souhaitons faire part, à l'appui de notre demande de suppression du recours à l'usage des tests radiologiques de maturation osseuse pour établir l'âge civil des mineurs isolés étrangers.

**1) Un mésusage de l'acte médical entraînant un détournement du caractère scientifique de la médecine et fondant une décision juridique sur un risque assumé d'«erreur médicale»**

- La détermination de l'âge osseux vise à comparer un âge chronologique connu à un âge de maturation osseuse estimé pour orienter des diagnostics médicaux notamment dans le cadre de pathologies endocriniennes et de croissance, c'est un contre-sens total sur le plan médical d'inverser la logique en en faisant un usage de détermination de l'âge chronologique, même de façon relative, c'est un détournement de la médecine, non sur un plan moral mais scientifique.

- La marge d'erreur des tests est formellement établie et reconnue de tous les spécialistes entre 18 et 24 mois, et l'interprétation est encore plus aléatoire pour les âges les plus élevés où les variations sont très faibles (16-19 ans) ; d'autre part une étude citée par le Haut conseil de santé publique y ajoute une variabilité inter opérateur encore plus élevée : dans un avis relatif à l'évaluation de la minorité d'un jeune étranger isolé, rendu le 23 janvier 2014, le Haut Conseil de la santé publique a notamment indiqué que « *des variations ont été mises en évidence en fonction de l'origine ethnique, laissant toujours une imprécision de 18 mois en moyenne* » et [il] cite également une étude qui avance que « *la lecture indépendante des clichés par deux radiologues spécialisés en imagerie pédiatrique, (...), a montré que leurs évaluations différaient dans 33% des cas, l'écart étant en moyenne de 18 mois (avec des extrêmes de mois de 39 mois à plus de 31 mois)* ».

- Contrairement au raisonnement invoqué lors des débats au Parlement, la pratique de tests osseux dans le cadre de l'évaluation de l'âge civil des MIE ne minimise pas le doute, au titre d'un "faisceau d'indices", mais ajoute du doute au doute en apportant une

caution illusoire de scientificité par "l'expertise médicale". Ce faisant l'inscription dans la loi, à l'endroit du code civil, de l'usage des tests osseux, ne limite pas mais légitime une forme de recours au risque connu par avance d'erreur médicale pour fonder une décision juridique génératrice ou privative de droit.

- Les difficultés administratives à établir l'âge de certains jeunes ne peuvent pas servir de caution à ce mésusage. Notre souci de médecins n'est pas de nous situer sur le terrain des outils d'une "lutte contre l'immigration clandestine" qui relève d'autres responsabilités, mais d'éviter d'engager la médecine là où, au lieu de protéger le jeune, elle peut conduire à le priver de droit sur la base, répétons-le, d'un risque d'erreur médicale instituée et donc assumée par le législateur.

Il faut noter que les associations comme France Terre d'Asile constatent que l'insuffisance des documents d'identité des MIE est le plus souvent liée aux insuffisances de l'état civil des pays d'origine et non à des falsifications, et qu'il faut donc prendre le temps de faire des vérifications.

Ces éléments fondent notre **premier argument** : on détourne ici la médecine de son usage mais, plus grave encore, l'argument de "scientificité" d'un acte médical normé, aussi "encadré" soit-il, risquera de prendre une place prépondérante dans la décision juridique lorsque le doute ne sera pas levé à la lumière des autres éléments administratifs et biographiques qui ne relèvent pas d'une référence scientifique. Alors même que, si "le doute doit profiter à l'intéressé", l'expression de la marge d'erreur du test devrait systématiquement conduire à reconnaître la présomption de minorité, donc quel peut bien être l'intérêt d'y recourir (sans compter le coût financier pour la collectivité) ?

## **2) Une mesure qui décrédibilise, aux yeux des professionnels, la portée de la loi de protection de l'enfance et qui porte atteinte à l'action de promotion des droits de l'enfant par les autorités**

- L'ensemble des autorités scientifiques, éthiques, des droits des enfants et des droits de l'Homme ont émis les plus sérieuses réserves sur l'usage des tests osseux dans ce cadre. Comment le gouvernement, qui recourt régulièrement à l'expertise et aux avis des plus hautes instances habilitées, peut-il ne pas tenir compte de ces avis qui pour leur très grande majorité se sont prononcés pour renoncer à un tel usage plutôt que pour l'encadrer ?

- Nous rappelons que nombre de mesures de la PPL protection de l'enfance sont considérées comme des avancées, très largement dans les milieux professionnels et de la protection de l'enfance : cf. l'introduction de notre tribune au Monde, ci-jointe.

- Mais la validation par la loi du recours aux tests osseux au lieu de leur interdiction, vient au contraire ternir gravement le sens de la loi car il introduit un doute sérieux quant aux intentions réelles des autorités de mieux protéger certaines situations

d'extrême fragilité et de précarité de la condition des mineurs concernés. A cet égard nous ré insistons sur la violence symbolique, mais bien concrète, que constitue le recours à cette forme de "simulacre d'expertise médicale" pour des jeunes dont beaucoup ont vécu un parcours de détresse et de traumatisme. On assiste là au retournement d'un usage bien fondé de la médecine, de la bienveillance en prodiguant des soins à la maltraitance en infligeant une procédure à la fois inopérante et humiliante.

- Le message symbolique et pratique, en termes de politique de protection de l'enfance, risque d'être véritablement contre-productif, tant dans les milieux professionnels que des droits de l'enfant.

- Nous tenons également à souligner que, précisément sur ce sujet, le gouvernement français vient d'être auditionné, en la personne de Madame la Ministre, par le Comité des droits de l'enfant des Nations-Unies qui dans le document préparatoire à cette audition a interrogé la France comme suit (extrait du point 17 page 4 du document préparatoire) :

*"17. (...) Pour donner suite aux précédentes recommandations formulées par le Comité, veuillez décrire les mesures prises pour proscrire les examens osseux visant à déterminer l'âge des enfants n'ayant pas de pièce d'identité (voir CRC/C/FRA/CO/4, par. 88)."*

Ainsi, non seulement les plus hautes instances médicales, scientifiques, éthiques de France ont alerté les pouvoirs publics sur l'absence de fiabilité des tests d'âge osseux pour établir l'âge civil des mineurs isolés étrangers, mais le Comité des droits de l'enfant de l'ONU vient de réitérer la demande au gouvernement français de proscrire le recours à ces examens osseux dans cet usage.

Ces éléments fondent notre **deuxième argument** : la mesure législative inscrite à ce stade dans la PPL entre en contradiction sévère avec une politique soutenue et crédible de protection de l'enfance et de promotion des droits de l'enfant. Elle ternit gravement l'action des pouvoirs publics en ces domaines alors même que le gouvernement reconnaît la fragilité de la contribution des tests osseux à la décision juridique à prendre l'égard des MIE<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> **Propos de la Ministre à l'Assemblée Nationale le 12 mai**

**Mme Laurence Rossignol**, secrétaire d'État. *"Je voudrais tout d'abord saluer le travail réalisé par la commission sur cette question extrêmement sensible des tests osseux dont la fiabilité scientifique est discutée, voire contestée. (...)"*

**Propos de la Ministre au Sénat le 13 octobre**

**Mme Laurence Rossignol**, secrétaire d'État. *"Le sujet est sensible du fait de sa nature, de ses implications et du contexte actuel. Il y a consensus sur le relatif manque de fiabilité des tests osseux. (...)"*

## Annexe 4 : Propositions du CNPP et de la SFP (2017)

### Nos 15 propositions pour favoriser la santé de l'enfant et de l'adolescent

**Proposition 1 :** Etablir un recensement des données statistiques pédiatriques, fondement d'une véritable politique de santé pédiatrique. Ce recueil servirait de base pour la mise en place d'indicateurs de suivi des politiques publiques existantes et à venir, sur la santé de l'enfant

**Proposition 2 :** Nommer un référent de la santé des enfants au sein de chaque ARS et décliner de façon efficiente et efficace le CNPP au niveau régional

**Proposition 3 :** Promouvoir une participation citoyenne à la santé

- Organiser une concertation de tous les acteurs (enfants, parents, médecins, etc.) sur les éléments fondamentaux qui doivent constituer le socle de la politique de santé ;
- Mobiliser les jeunes pour la santé, en faire des acteurs à part entière de leur capital santé

**Proposition 4 :** Promouvoir les actions de prévention et la prise en charge en ambulatoire des situations aiguës, en amont des services d'urgence

- Revitaliser les services de PMI et de santé scolaire ;
- Reconnaître et valoriser les actes pédiatriques ;
- Promouvoir la formation des médecins généralistes à la médecine primaire de l'enfant

**Proposition 5 :** Mettre en place une politique de soutien des urgences pédiatriques et des services de pédiatrie au sein des hôpitaux

**Proposition 6 :** Reconnaître la formation et la technicité nécessaires aux actes complémentaires en pédiatrie, et promouvoir l'accès à des plateaux spécifiques d'explorations pédiatriques, en ambulatoire et en hospitalier

**Proposition 7 :** Bâtir et/ou renforcer les réseaux pédiatriques entre la ville et l'hôpital

**Proposition 8 :** Promouvoir des surspécialités pédiatriques en ambulatoire, par la reconnaissance d'options au cours du DES de pédiatrie, au bénéfice des enfants porteurs de pathologies spécifiques et valoriser la consultation de recours en ambulatoire

**Proposition 9 :** Créer un carnet de santé dématérialisé pour chaque enfant dès sa naissance. Cet outil, connecté avec le logiciel métier utilisé par les médecins traitants de l'enfant ou les systèmes de DPI hospitaliers, servirait de complément au recensement de données statistiques pédiatriques

**Proposition 10** : Nommer un délégué interministériel chargé spécifiquement de la santé de l'enfant et de l'adolescent

**Proposition 11** : Redonner la parole aux jeunes, acteurs de leur propre santé, en désignant des tuteurs au sein des écoles, collèges et lycée

**Proposition 12** : Promouvoir une formation adaptée de l'ensemble des acteurs à l'accompagnement et au soutien à la parentalité

**Proposition 13** : Approfondir la réflexion éthique et l'adapter à la dimension pédiatrique, en mettant en place un enseignement spécifique et dédié

**Proposition 14** : Inciter les laboratoires industriels à étendre leurs recherches à la pédiatrie

**Proposition 15** : Mettre davantage en avant la pédiatrie dans les appels d'offres relatifs à la recherche médicale et sociale

# Candidats à l'élection présidentielle, sauvez la protection maternelle et infantile

**TRIBUNE** - Alors que le périmètre d'action de ce service public se restreint faute de moyens et de personnels, le pédiatre Pierre Suesser appelle à un plan d'urgence

**P**as un mois ne se passe sans que la presse se fasse l'écho des avancées de connaissances attestant des influences favorables ou non de l'environnement dans toutes ses composantes sur le développement du bébé et du jeune enfant, et des enjeux de prévention afférents. *Le Monde* l'a relaté en plusieurs occasions : « Des enfants qui naissent pré-pollués », « Fœtus attention fragile », « La pauvreté nuit gravement au cerveau dès la naissance »... De là se dessine l'exigence d'une politique de prévention, affranchie de l'emprise absolue des déterminismes, mais instruite de déterminants notables pour la santé de l'enfant. Une prévention porteuse d'une double promesse : l'épanouissement des tout-petits, également gage de santé et de bien-être pour leur avenir d'adulte.

Pas un seul des candidats à la présidentielle, pourtant informés de ces déterminants précoces de la santé, n'évoque dans son programme la prévention, nouvel horizon à atteindre dans notre système de soins.

Et pourtant les services publics de santé affectés à la prévention médicale, psychologique et sociale en faveur des enfants depuis des décennies sont bien mal en point : la protection maternelle et infantile (PMI) est placée en grande difficulté dans de nombreux départements, la santé scolaire et les réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased) sont laissés en déshérence, ainsi que les centres médico-psychologiques (CMP).

L'exemple de la PMI en atteste : faute de moyens, beaucoup de consultations de femmes enceintes et de nourrissons, de bilans de santé à l'école maternelle sont supprimés. Les délais de rendez-vous s'allongent également, le suivi préventif d'enfants après 2 ans se tarit (alors que la PMI est compétente jusqu'à 6 ans), les visites à domicile des sages-femmes et des puéricultrices se raréfient. Cela alors que les disparités de plus en plus marquées pour l'accès aux soins, l'aggravation de la précarité sociale et l'isolement grandissant de nombreuses familles sont à l'origine d'inégalités de santé dès le plus jeune âge.

Et le périmètre d'action de la PMI se réduit dans un nombre croissant de départements, délaissant le champ global de la prévention précoce pour se concentrer sur certaines missions spécifiques, comme la protection de l'enfance. Rien d'étonnant puisque le nombre de médecins de PMI est en chute libre (200 temps pleins perdus sur 1700 à l'échelle de 70 départements au tournant des années 2010, 66 % des médecins qui exerçaient en 2006 seront retraités en 2020). Situation qui rejoint la pénurie de la médecine scolaire (1100 médecins pour 12 millions d'élèves), rendant impraticable l'examen obligatoire des enfants à 6 ans...

Pourtant, les bénéfices sont avérés. Le Conseil économique, social et environnemental le confirme dans un rapport de 2014 : « Institution originale, pionnière d'un nouveau mode de prise en charge axé sur la prévention et la

**BEAUCOUP  
DE BILANS  
DE SANTÉ À L'ÉCOLE  
MATERNELLE,  
DE CONSULTATIONS  
DE FEMMES  
ENCEINTES  
ET DE NOURRISSONS  
SONT SUPPRIMÉS**

*prise en compte des déterminants de santé, la PMI doit voir ses atouts valorisés et son avenir sécurisé.* » A son actif par exemple, sa place prépondérante dans le dépistage du saturnisme infantile en France depuis trente ans, soulignée à plusieurs reprises dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire du ministère de la santé.

L'inspection générale des affaires sociales rappelait également en 2011 que « la couverture vaccinale des élèves de ZEP contre la rougeole et l'hépatite B est meilleure que celle des élèves hors ZEP, sans doute du fait d'un recours plus important aux services de la protection maternelle et infantile ». Cela sans oublier les multiples actions, dans le champ médico-psycho-social, qu'elle mène au quotidien pour promouvoir la santé des bébés et l'établissement des relations précoces avec leurs parents : accompagnement de la grossesse, conseils de puéri-

culture, soutien à la parentalité, dépistages (dont celui du handicap) et orientation vers les services spécialisés, aide psychologique et sociale face aux difficultés habituelles ou aux troubles sévères du développement, recherche d'un mode d'accueil, etc.

Le doute n'est pas permis, il convient d'en finir avec les projets affichés par certains de réduire le service public : à l'orée des élections, il est grand temps que nos responsables politiques extirpent la prévention pour l'enfance des plans sur la comète et lui consacrent d'urgence un plan « en pleine terre » qui revivifiera en particulier les services publics de prévention collective tels que la PMI et la santé scolaire. Ses termes en sont bien connus : former les étudiants en médecine et en santé à la prévention et à la promotion de la santé, notamment dans le champ de l'enfance, approfondir la recherche dans ces domaines, porter durant le quinquennat la part de la prévention de 2 % à 10 % de la dépense nationale de santé, harmoniser les rémunérations des médecins et autres professionnels salariés de soins préventifs avec celles des praticiens délivrant des soins curatifs en milieu hospitalier. Alors, pour la prévention en périnatalité et petite enfance, chiche ? ■

¶ **Pierre Suesser**, pédiatre en service de protection maternelle et infantile, auteur de *Petite enfance, penser la prévention en grand* (Erès, 2013)

Le supplément « Science & médecine » publie chaque semaine une tribune libre. Si vous souhaitez soumettre un texte, prière de l'adresser à [sciences@lemonde.fr](mailto:sciences@lemonde.fr)