

POUR UN SERVICE PUBLIC DE SANTÉ DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

[Pierre Suesser](#), [Paul Jacquin](#)

Union rationaliste | « [Raison présente](#) »

2022/3 N° 223-224 | pages 181 à 194

ISSN 0033-9075

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-raison-presente-2022-3-page-181.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Union rationaliste.

© Union rationaliste. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

POUR UN SERVICE PUBLIC DE SANTÉ DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Pierre Suesser* & Paul Jacquin**

INTRODUCTION : SANTÉ INFANTILE, JUVÉNILE ET FAMILIALE, D'OÙ PARTONS-NOUS ?

« ...rien n'est plus à désirer dans la médecine qu'une bonne méthode de traiter les maladies des enfants : car ce ne sont pas seulement les personnes les plus riches, ou qui ont de grands fonds de terres, qui voulant avoir des héritiers et les conserver en bonne santé, comptent en cela beaucoup sur la médecine, mais aussi les personnes de toute condition qui aiment naturellement leurs enfants, et qui n'ont pas une moindre attention à les maintenir en santé, qu'ils en ont pour eux-mêmes. » Cette citation de Sydenham au début de son *Traité des maladies aiguës des enfants* en 1698, rapportée par Pierre Bégué à l'Académie de médecine¹, témoigne d'un intérêt scientifique pour la santé spécifique de l'enfant, plus ancien que la perception commune qui le ferait remonter au XIX^e siècle.

Le lien entre conditions de vie et mortalité des nourrissons s'exprime clairement dans le passé, notamment lorsque sont prises au XIX^e siècle des mesures pour contrôler la situation des enfants placés en nourrice (loi Roussel de 1874). De même concernant les enfants plus grands et les adolescents, le XIX^e siècle a vu se développer la préoccupation de la préservation de leur santé, dans le monde du travail (loi Villermé de 1841 sur la limitation du travail des enfants) et dans le milieu scolaire². Ce sont là les prémisses d'une politique publique de protection de la santé et du développement

* Pédiatre et médecin de santé publique, co-président du Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile (PMI)

** Pédiatre, praticien hospitalier, Service de médecine de l'adolescent, Hôpital Robert Debré APHP 75019, Société Française pour la Santé de l'Adolescent

¹ Bégué, P. (2016), *Regards sur le passé et l'avenir de la pédiatrie, sa place à l'Académie de médecine*, Discours à l'Académie nationale de médecine. <https://www.academie-medecine.fr/regards-sur-le-passe-et-lavenir-de-la-pediatrie-sa-place-a-lacademie-de-medecine/>.

² Parayre, S. (2008), « L'hygiène à l'école aux XVIII^e et XIX^e siècles : vers la création d'une éducation à la santé », *Recherches et Éducation*, <https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.458>.

des enfants, dont la dimension globale s'affirme tout au long du xx^e siècle, avec les progrès immenses des connaissances et des pratiques relatives à l'hygiène, à la médecine et grâce à l'apport des sciences sociales : la santé de l'enfant est dès lors particulièrement concernée par la définition de l'OMS, « un état complet de bien-être physique, mental et social ».

La santé globale de l'enfant a pu être ainsi définie comme « la prise en considération de toutes ces dimensions – globalité, continuité, interactions avec les milieux de vie, prospective – dans la santé, dans le développement, dans la vie de l'enfant, des enfants bien portants (le plus grand nombre) ou malades, handicapés, inadaptés à la société. Il peut sembler curieux de voir se mêler aussi étroitement les deux notions de santé et de développement : c'est que le développement [...] est la caractéristique même de l'enfant, et si lié à sa santé qu'il en est sans conteste le meilleur indicateur positif. »³. Ce développement se prolonge jusqu'à la fin de l'adolescence, avec notamment la maturation cérébrale qui s'achève vers 20-25 ans⁴

La prise en compte de la santé de l'enfant et de l'adolescent s'inscrit dans une histoire des politiques publiques pour les services de santé de l'enfant.

Suite à la tragédie de la Seconde Guerre mondiale, le gouvernement provisoire initie en 1945 une politique nouvelle de solidarité (avec pour emblème la création de la Sécurité sociale) qui comporte la fondation de services publics préventifs de santé scolaire et de protection maternelle et infantile. La puissance publique indique bien, ce faisant, que la lutte contre la mortalité (un des premiers considérants de l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la PMI) et la morbidité infantiles et la poursuite de l'amélioration de l'état de santé des populations concernées est un enjeu majeur d'une politique collective de santé et ne peut pas uniquement se régler par des approches individuelles en santé. De même, les ordonnances de 1945 sur les mineurs délinquants soulignent les liens nécessaires entre les objectifs éducatifs et la santé⁵.

Se constitue dès lors peu à peu un système de prise en charge de la santé des enfants puis des adolescents reposant sur un tryptique : santé dite communautaire (PMI, santé scolaire), secteurs hospi-

³ Manciaux, M. (1987), « La santé globale de l'enfant », in Manciaux, M., Lebovici, S., Jeanneret, O., et al. Eds, *La santé de l'enfant*, Doin, p. 3-19

⁴ Holzer, L., Halfon, O., Thoua, V. (2011), « La maturation cérébrale à l'adolescence », *Arch. Pediatr.*, 18(5): 579-588.

⁵ Deschamps, J.P. (2008), « La réforme de l'Ordonnance de 1945, une question de santé publique ? », *Santé Publique*, 20: 209-211.

talier et libéral (dont médecins généralistes et pédiatres « de ville »). Le déploiement de la PMI sur tout le territoire, le développement considérable de la pédiatrie hospitalière à la fin des années 1950, de la néonatalogie à l'apparition plus récente de la médecine de l'adolescent, ont permis une réduction continue des indicateurs de mortalité dans l'enfance et de morbidité. Le contexte actuel, tant en termes de mortalité que de morbidité des enfants, n'est naturellement plus celui de l'après-guerre. Cependant la persistance d'inégalités de santé manifestes dans l'enfance⁶, – un enfant sur cinq vivant dans des familles sous le seuil de pauvreté – l'évolution de la morbidité vers des pathologies chroniques nécessitant des réponses tant médicales que sociales, justifient toujours une intervention très active de l'action publique dans le domaine de la santé infantile, juvénile et familiale. Celle-ci doit préserver une approche pratique holistique du développement de l'enfant, face à l'explosion de connaissances de plus en plus spécialisées.

QUELS ENJEUX POUR LA SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS ?

Qu'en est-il des principaux enjeux de santé aux divers âges de l'enfance ?

Selon le Collège national des pédiatres universitaires⁷ « Chez le nouveau-né, la prématurité et ses conséquences constituent la cause principale de morbidité et de handicap. Le taux de prématurité (naissance < 37 SA) ne baisse pas, à 7,4 % des naissances en 2010, de même que le taux de petit poids de naissance < 2 500 g à 7,1 % ». 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 »⁸. De surcroît, une récente étude révèle que le taux de mortalité infantile (celle des bébés de la naissance à un an) est reparti à la hausse entre 2010 et 2018⁹, avec des hypothèses explicatives qui renvoient à la fois à la dégrada-

⁶ Lopez, A., Moleux, M., Schaetzel, F., Scotton, C. (2011), « Les inégalités sociales de santé dans l'enfance », rapport IGAS RM2011-065P. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/114000581.pdf>.

⁷ Collège national des pédiatres universitaires. http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/suivi_medical/site/html/4.html.

⁸ Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report (2018), « Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015 », novembre 2018.

⁹ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666776222000321>.

tion des conditions de vie et de santé d'une partie de la population et également du système de soins.

En dehors de la période néonatale, les pathologies les plus fréquentes sont les affections des voies respiratoires supérieures, l'eczéma et les pathologies liées à l'environnement, asthme, allergies, diabètes et obésité dont la fréquence augmente tout au long de l'enfance. Considérant les pathologies les plus graves prises en charge par la Sécurité sociale au titre des affections de longue durée (ALD 30), dominant largement les pathologies psychiatriques, les pathologies neurologiques et développementales, et dans une moindre mesure, les cardiopathies congénitales, les hémoglobinopathies, les affections respiratoires sévères, les diabètes et les tumeurs. L'augmentation de ces ALD chez l'enfant, de 23 % depuis 2012, est principalement due aux maladies psychiatriques. Les principales causes de DALYs (Disability Adjusted Life Years) du jeune adulte sont les troubles mentaux, dont plus de la moitié apparaissent à l'adolescence. Les deux principales causes de mortalité à cet âge sont les accidents et les suicides, causes accessibles à la prévention, et beaucoup plus rarement les affections malignes¹⁰.

Les facteurs de morbidité sont très inégalement répartis selon le milieu social des enfants et adolescents. L'IGAS¹¹ relève que « Les inégalités sociales de santé apparaissent avant même la naissance, avec des différences de suivi prénatal et de comportements à risque pour l'enfant à naître¹² (...) En 2013, 12 % des enfants de grande section de maternelle sont en surcharge pondérale et 3,5 % sont obèses ; les enfants de milieu social modeste sont plus souvent en surcharge pondérale et celle-ci persiste plus souvent au cours de l'enfance et de l'adolescence¹³. Ainsi, 7 % des enfants de cadres sont en surcharge pondérale et 1 % sont obèses, contre respectivement 16 % et 6 % chez les ouvriers¹⁴. Ces fortes inégalités sociales se retrouvent en termes de santé bucco-dentaire (8 % des enfants de cadres ont au moins une dent cariée contre 30 % pour les ouvriers), de pratique

¹⁰ Institute for Health Metrics and Evaluation GBD (2019). <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.

¹¹ Fauchier-Magnan E., Fenoll, B. (2020), « La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France », rapport IGAS. <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2020-074r.pdf>.

¹² Les inégalités sociales de santé apparaissent avant la naissance et se creusent durant l'enfance. Gaini, M., Guignon, N., Legleye, S., Moisy, M., Spilka, S., Vilain, A. (2020), « INSEE Références ».

¹³ Le risque de persistance à l'âge adulte varie de 20 à 50 % si l'obésité est apparue avant la puberté et de 50 à 70 % après.

¹⁴ 1^{ers} États généraux de la prévention des cancers, 21/11/2018.

sportive ou d'exposition aux écrans¹⁵ : en 2015, 8 % des enfants de cadres contre 16 % des enfants d'ouvriers passent au moins deux heures par jour devant un écran en semaine¹⁶. »

Sont aussi évoquées par l'IGAS, au titre des enjeux de santé publique, les situations de suivi de santé des enfants Outre-mer, le suivi des enfants dits vulnérables, ex-prématurés, porteurs de maladies rares, celui des enfants et adolescents pris en charge au titre de la protection de l'enfance¹⁷, des enfants atteints d'autisme et de troubles du neuro-développement, des enfants porteurs de handicap. Enfin, concernant les vaccinations, outil majeur de prévention, la Cour des Comptes rappelle que « La France se situe toujours dans la seconde moitié des pays européens. 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 »¹⁸.

Qu'en est-il en terme développemental ?

Le développement de l'enfant, du nouveau-né à l'âge adulte, dépend pour l'essentiel des interactions avec son environnement et de ses conditions de vie. Les carences de tout type et les pathologies neurologiques, somatiques, psychiques, etc. impactent de façon majeure et durable son développement et compromettent la future vie d'adulte. Mais soulignons que ces altérations ne sont pas linéaires ni nécessairement irréversibles. Les phénomènes de plasticité cérébrale et les impacts de l'épigénèse, intègrent les dimensions de croissance, de maturation somatique et psychologique, de développement cognitif et affectif, relationnel et social, toutes étroitement liées et interdépendantes comme précédemment évoqué. « En nous éclairant sur les liens dialectiques qui existent vraisemblablement entre le génome et l'environnement – soit entre la nature et la culture – elle [l'étude de l'épigénèse cérébrale] nous montrera sans doute

¹⁵ « La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge », DREES (2015), Études et résultats n° 920, et DREES (2019), « En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale », Étude et résultats n° 1122.

¹⁶ *Ibid* note 11.

¹⁷ Rousseau, D., Riquin, E., Rozé, M., Duverger, P., Saulnier, P. (2016), « Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance », *Revue française des affaires sociales* 1: 343-374.

¹⁸ Cour des comptes, *La politique vaccinale : un enjeu de santé publique, une confiance à conforter*, RPA 2018 (disponible sur ccomptes.fr).

à quel point le développement de l'être humain, plus que tout autre, se joue à l'interface des facteurs endogènes et des facteurs exogènes »¹⁹.

Cette dynamique du développement doit être bien connue et appréhendée dans leur pratique par les acteurs de santé et plus globalement les professionnels des divers champs intervenant auprès des enfants et des adolescents, par exemple :

– Le processus d'individuation du tout petit, porté par sa découverte multisensorielle du monde et de son entourage, mis en dialectique avec celui de construction de la fonction parentale, reposant sur divers *patterns* d'attachement et sur les aléas de l'accordage précoce : « il faudrait remplacer l'idée qu'ils [les bébés] ont besoin de stimulation pour devenir performants par celle qu'ils auraient besoin d'attention pour devenir compétents (...) l'appétence culturelle, ou le désir d'appartenir, est le moteur fondamental du développement humain »²⁰.

– L'hétérogénéité des dynamiques du développement propre à chaque enfant avant 6 ans et leurs expériences de socialisation primaire et de prime éducation en cette période « maternelle », mais également la notion de « périodes sensibles du développement où l'enfant est particulièrement sensible à l'influence de certaines expériences »²¹ : lors des acquisitions posturales, des mécanismes d'attention conjointe, de la bifurcation « du muscle à la parole »,... ; les enjeux liés à la subtile dialectique de continuités et de discontinuités dans les rythmes structurant la vie quotidienne de l'enfant auront des effets potentiels et variables de « désorganisations [qui] se retrouveront pour partie dans les aléas de son développement »²².

– Après 6 ans, le passage de la pensée opératoire à la symbolisation et à l'abstraction, à une certaine intériorité et un besoin d'intimité psychique, la socialisation croissante dans les groupes de

¹⁹ Golse, B. (2020), « Quel dialogue entre psychanalyse et neurosciences autour de bébé ? », in Suesser, P., Colombo, M.C., Bonnefoy, M., Garrigues, C. Eds, *Le dialogue des disciplines autour du jeune enfant*, Erès.

²⁰ Gratier, M. (2020), « De la curiosité aux valeurs partagées : appétences et développement au cours de la première année » in Suesser, P., Colombo, M.C., Bonnefoy, M., Garrigues, C. Eds, *Le dialogue des disciplines autour du jeune enfant*, Erès.

²¹ Vasseur, R., Delion, P. (2010), *Les périodes sensibles dans le développement psychologique de l'enfant de 0 à 3 ans*, Erès.

²² Delion, P. (2013), « Continuités et discontinuités des enjeux du développement », in Bauby, C., Suesser, P. Eds, *Les enjeux du développement de l'enfant et de l'adolescent*, Erès.

pairs, la place des investissements intellectuels, culturels et sociaux et la centralité des apprentissages scolaires.

– À l'adolescence les nombreuses tâches développementales : vivre les transformations pubertaires et la poussée de croissance, et devenir soi, se sexualiser et s'autonomiser, avec une intrication particulière à cet âge du corps et du psychisme²³. L'adolescence signifie capacités et expériences nouvelles, mais la frontière avec des conduites à risques péjoratives sur la santé est facilement franchie. Les conditions de la traversée de l'adolescence sont déterminantes pour la santé et la qualité de vie des futurs adultes.

PENSER LA PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE DES DIVERS ÂGES DE L'ENFANCE DANS LA CONTINUITÉ ET LA TRANSDISCIPLINARITÉ DES SOINS

Dans une perspective contemporaine, répondre aux enjeux de santé de l'enfant et de l'adolescent requiert une approche :

– globale et généraliste : la santé et le développement sont sous la dépendance de déterminants étroitement intriqués, physiques, psychologiques, sociaux, environnementaux, éducatifs, culturels... ;

– contextuelle : l'enfant vit dans un milieu et s'inscrit dans une histoire familiale, il interagit avec son entourage lors de processus d'individuation, de socialisation,... ;

– processuelle : dans une perspective développementale associant étroitement démarche préventive et curative, selon une conception du développement transposable aux divers âges de l'enfance qui veut que : « Le développement du jeune enfant procède non pas de façon linéaire, par paliers mais par vagues : une acquisition se perd pour faire place à une nouvelle, puis reviendra sous une autre forme à un autre moment ou s'effacera »²⁴ ; chez l'adolescent, les expériences nouvelles sont physiologiques et contribuent à la maturation de l'individu s'il dispose d'acquis développementaux, sociaux et affectifs suffisants.

²³ Jacquin, P. (2013), « La question de la prise de risque chez les adolescents » in Bauby, C., Suesser, P. Eds, *Les enjeux du développement de l'enfant et de l'adolescent*, Erès.

²⁴ Giampino, S. (2016), « Développement du jeune enfant. Modes d'accueil. Formation des professionnels », rapport à la ministre de l'Enfance, des Familles et des Droits des Femmes, Documentation française. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-giampino-vf_modif-17_08_16.pdf.

– pluri-institutionnelle : les services de santé interviennent en interaction avec ceux de l'éducation, du social, de la justice, de la culture, des loisirs..., et pluridisciplinaire, associant des disciplines internes au champ de la santé (médecins, psychologues, puériculteurs, psychomotriciens, orthophonistes,...) et des disciplines extérieures à ce champ (éducateurs, enseignants, philosophes, sociologues, anthropologues, juristes, pédagogues...);

– à la fois « universelle » : tous les enfants sont concernés par les enjeux développementaux, quels que soient leur milieu social, leur(s) culture(s), leur histoire transgénérationnelle, et « proportionnée » : selon une notion d'universalisme proportionné – répondant aux mêmes besoins mais avec des intensités de réponses adaptées aux situations concrètes et au gradient social.

Quels principes en déduire pour l'organisation du système de santé de l'enfant et de l'adolescent ?

Basée sur cette approche générale, la prise en compte des spécificités sanitaires et développementales à chaque âge et tout au long de l'enfance impose une organisation du système de santé qui lui est consacré, fondée sur les principes :

– De la continuité des soins de santé tout au long de l'enfance selon les critères déjà cités, relatifs à l'approche générale de la santé des enfants et des adolescents. En effet, les diverses problématiques de santé énoncées précédemment, notamment le besoin de suivi préventif longitudinal de la croissance et de la maturation de l'enfant afin de promouvoir sa santé globale et de dépister d'éventuelles affections, la place croissante des maladies chroniques et des handicaps de l'enfant, la dimension de dynamique développementale complexe et non linéaire, sont des arguments majeurs pour organiser le système de santé autour de l'enfant dans une perspective de continuité des soins de la naissance à l'âge adulte.

– De l'articulation étroite des dimensions préventives et curatives des soins. L'étude fine des pathologies de l'enfant et des processus développementaux valide à la fois la nécessité de prévenir, de dépister des affections et des perturbations et de les prendre en charge sur le plan thérapeutique. Elle démontre également qu'une démarcation absolue entre soins curatifs et soins préventifs n'a pas lieu d'être : ainsi lorsque la prise en charge curative de l'otite séreuse prévient un retard de langage lié à l'hypoacousie de transmission ou quand le dépistage et la prise en charge précoce de l'obésité ou d'un asthme infantile permettent de prévenir de multiples pathologies chez l'adulte. S'il est légitime que certains professionnels de santé

développent une pratique centrée sur la promotion de la santé et la prévention comme en PMI et en santé scolaire tandis que d'autres se consacrent essentiellement à guérir des enfants malades comme en pédiatrie hospitalière, la pratique des uns comme des autres inclut des facettes préventives, curatives et d'éducation thérapeutique dans bien des situations. Ainsi face à l'accroissement des maladies chroniques chez l'enfant et l'adolescent, davantage de synergie est requise entre les dimensions préventives et curatives.

– D'une pratique transdisciplinaire et interinstitutionnelle entre professions de santé impliquées auprès des enfants et des adolescents et autres acteurs professionnels de l'enfance. Les inégalités sociales de santé déjà rappelées, les déterminants majeurs environnementaux, économiques, sociaux, éducatifs ou culturels de la santé (donc de la survenue des maladies ou des perturbations développementales), la complexité de prise en charge des pathologies chroniques et des handicaps, autant de facteurs qui imposent la transdisciplinarité pour apporter les réponses les mieux ajustées aux besoins de santé des enfants, des adolescents et des familles.

– D'une recherche fondamentale et appliquée qui favorise le dialogue de l'ensemble des disciplines autour de l'enfant²⁵, des sciences expérimentales aux sciences humaines, car nous avons tout autant besoin de connaissances catégorielles que de savoir holistique pour mieux accompagner sa santé et son développement.

Continuité, transdisciplinarité, « interinstitutionnalité », synergie préventive-curative, recherche basée sur le dialogue des disciplines : qui d'autre est à même de réaliser, dans cette perspective, la tâche d'organiser les soins et la promotion de la santé des enfants et des adolescents, si ce n'est la puissance publique ?

MAIS AUJOURD'HUI LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS EST « À L'OS »

En voici quelques brèves illustrations secteur par secteur

À l'hôpital : « Depuis une dizaine d'années les lois HPST puis de modernisation du système de santé ont dégradé notre système de soins en imposant une politique de santé basée sur une réduction drastique des capacités des structures hospitalières publiques et des effectifs de soignants ». La pénurie d'infirmières et d'aides-soignantes est due au « manque d'attractivité et de considération, départs non remplacés, salaires insuffisants (...) L'abandon depuis plusieurs

²⁵ Suesser, P., Colombo, M.C., Bonnefoy, M., Garrigues C. (2020), *Le dialogue des disciplines autour du jeune enfant*, Erès.

années de la formation aux soins en pédiatrie dans l'actuelle maquette de formation des IDE dans les instituts de soins universitaires ne facilite pas non plus le recrutement dans les unités spécialisées pour enfants à la sortie des études²⁶ » (Syndicat national des pédiatres des établissements hospitaliers). Ces insuffisances sont devenues criantes lors des épidémies hivernales de bronchiolite de 2020 (l'exemple de l'Île-de-France, censément la mieux lotie, obligée de transférer des nourrissons dans d'autres régions) ou lors de l'été 2022 où plusieurs services d'urgences pédiatriques ont dû fermer leurs portes plus ou moins durablement.

En exercice libéral : « Sur une période (...) récente (2012-2020), on constate (...) une diminution marquée du nombre de pédiatres exerçant à titre exclusif en libéral, qui a chuté de 15 % (soit une baisse de 3 % par an). La démographie des pédiatres conventionnés en secteur 1 (qui représentent 62 % des pédiatres libéraux en 2018) se dégrade particulièrement. (...) Cela pose une question majeure d'accès au pédiatre pour les catégories sociales les moins favorisées et dans certains territoires (...) Du fait du déclin de la pédiatrie libérale et du recul des effectifs médicaux en PMI et en médecine scolaire, les médecins généralistes assurent de fait un rôle croissant dans le suivi des enfants (84 % des consultations des moins de 16 ans) (...) La formation en troisième cycle des médecins généralistes à la santé de l'enfant est aujourd'hui très hétérogène, ce qui pose problème au regard du rôle prépondérant qu'ils jouent dans le suivi des enfants. »²⁷

En protection maternelle et infantile (PMI) : « cette politique publique est confrontée depuis le début des années 2000 à une combinaison de facteurs défavorables : la PMI a été négligée par l'État et par l'Assurance Maladie, qui ne l'ont pas investie d'objectifs explicites en termes de taux de couverture depuis la décentralisation (...) l'Assurance Maladie ne finance la PMI que de manière marginale (35 M€) (...) la tendance qui se dégage – avec de fortes disparités locales – est celle d'une érosion des moyens de la PMI de l'ordre de -25 % en 10 ans (...) confrontée à un déficit croissant de médecins, la PMI a vu ses missions législatives non sanitaires s'accumuler, ce qui a conduit à réduire les moyens dévolus à la prévention (...) Au fil de l'eau, et sans un sursaut des pouvoirs publics, la poursuite des

²⁶ <https://www.snpeh.org/une-epidemie-de-bronchiolite-revelatrice-des-difficultes-profondes-rencontres-par-les-structures-de-soins-pediatriques-en-france-659/>.

²⁷ IGAS (2021), « La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France », rapport 2020-074R, mai 2021. <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2020-074r.pdf>.

évolutions observées pourrait aboutir à une extinction de la PMI dans la majorité des départements d'ici une décennie. »²⁸

À l'éducation nationale : « un tiers des postes de médecins de l'éducation nationale (contractuels compris) sont vacants (...) Ainsi le taux d'encadrement des élèves s'est dégradé de 20 % en cinq ans (...) entre les années scolaires 2013 et 2018, le taux de réalisation de la visite de la 6^e année de l'enfant par les médecins scolaires, déterminante au début des apprentissages scolaires, a chuté de 26 %, taux déjà historiquement bas, à 18 %. Moins d'un enfant sur cinq en bénéficie alors qu'elle est en principe universelle (...) (...) les visites médicales d'aptitude, préalables à l'affectation à des travaux réglementés pour les élèves mineurs de l'enseignement professionnel (...) ne sont effectives que pour 80 % des lycéens concernés pour les seuls élèves du public et ne sont systématiquement faites que dans 60 départements. Cette situation expose les élèves à de potentiels accidents de formation. »²⁹

En médecine des adolescents : « En France, il n'existe pas une politique de l'adolescence, mais des politiques ciblées, parcellaires, parfois contradictoires, et généralement sous-financées »³⁰. La médecine de l'adolescent est considérée comme non rentable, en particulier depuis la loi HPST. Le résultat est que les adolescents sont très majoritairement suivis par des médecins généralistes pour l'ambulatorio, et par des pédiatres pour l'hospitalisation, mais sans formation adéquate ni moyens spécifiques. Pourtant l'IGAS recommande « Le développement de la médecine de l'adolescent, au sein des maisons des adolescents ou d'autres structures pluridisciplinaires, [qui] doit (...) s'appuyer sur une coopération étroite entre pédopsychiatrie et pédiatrie »³¹. Lorsque celle-ci existe, les services de médecine de l'adolescent peuvent répondre de façon spécifique, curative et préventive, à un large éventail de besoins de santé, du suivi des maladies chroniques aux tentatives de suicides ou aux troubles du comportement alimentaire. Mais leur nombre est très insuffisant en France, à

²⁸ Peyron, M. (2019), *Pour sauver la PMI agissons maintenant*, Documentation française, mars 2019. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2018-102r-pmi.pdf>.

²⁹ Cour des Comptes, « Les médecins et les personnels de santé scolaire, mai 2020 ». <https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-05/20200527-rapport-58-2-medecins-personnels-sante-scolaire.pdf>.

³⁰ Société Française pour la Santé de l'Adolescent (SFSA) (2022), « Pour une politique de prévention et santé à l'adolescence » in *Enfance, l'état d'urgence*, Toulouse, Erès, p. 307-313.

³¹ *Ibid.* note 28.

la différence de nombreux pays européens³², situation qui contribue à encombrer les files d'attentes de la pédopsychiatrie.

La situation d'effondrement de la pédopsychiatrie mérite également d'être soulignée : « La pénurie de pédopsychiatres est avérée et aggravée par la faible attractivité de la discipline ainsi que par leur inégale répartition géographique. (...) En ville, plus d'une dizaine de départements sont totalement dépourvus de pédopsychiatres libéraux (...) En établissement de santé, la densité de personnels varie selon les départements dans un rapport de 1 à 9 pour les pédopsychiatres et de 1 à 16 pour les autres personnels soignants et socio-éducatifs (infirmiers, éducateurs, etc.) »³³.

Sur un plan général : la Cour des Comptes relève certes, dans son dernier rapport sur la santé des enfants³⁴, que « La stratégie nationale de santé pour 2018-2022 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. » Mais c'est pour ajouter dans la foulée que : « 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. (...) 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. »

***SEUL UN SERVICE PUBLIC DE SANTÉ DE L'ENFANT
ET DE L'ADOLESCENT PEUT ÊTRE GARANT D'UNE
ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ CONFORME
À LEURS BESOINS***

Les caractéristiques des problématiques de santé et du développement des enfants et des adolescents, la persistance d'inégalités sociales de santé manifestes dans l'enfance, l'organisation et les faiblesses structurelles de notre système de santé conduisent à formuler la perspective incontournable de construire un authentique *service*

³² Fonseca, H., Michaud, P.A. (2021), The state of adolescent medicine as a specific field: an international exploratory survey », *Int. J. Adolesc. Med. Health*, 2021 June 24. DOI: 10.1515/ijamh-2021-0049.

³³ Défenseur des droits, Rapport 2021, « Santé mentale des enfants : le droit au bien-être ». https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae21-num-28.10.21_01access.pdf.

³⁴ <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2022-02/20220209-sante-des-enfants.pdf>.

public de santé de l'enfant et de l'adolescent. Une telle perspective suppose que soit établie une politique nationale de santé de l'enfant et de l'adolescent, par les pouvoirs publics avec l'ensemble des parties-prenantes, allant de la définition de priorités stratégiques à l'élaboration des organisations appropriées et à leur coordination. Cette politique nationale doit pouvoir se décliner au niveau local et suppose d'y consacrer les moyens humains, logistiques et financiers adéquats. Ce service public de santé de l'enfant et de l'adolescent doit s'appuyer sur une politique de formation et de recherche, associant ses différents acteurs, en particulier en santé publique.

Le service public de santé de l'enfant et de l'adolescent pourrait prendre la forme de véritables plates-formes unifiées réunissant les multiples acteurs de la périnatalité, de l'enfance et de l'adolescence (pédiatrie et médecine de ville, maternités et pédiatrie hospitalière, maisons des adolescents, intersecteurs de psychiatrie infantile-juvénile, CAMSP, PMI, santé scolaire, paramédicaux,...). Il s'agit d'organisations de temps et d'espaces nécessaires à la co-construction d'une réponse globale et intégrée aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent, articulée sur la coopération de chacun des contributeurs selon leur mission spécifique.

Il s'agirait en pratique d'organiser de façon beaucoup plus étroite et permanente les liens entre acteurs des parcours de santé des enfants afin d'assurer que les prises en charge sont effectives et réalisées au mieux des compétences professionnelles nécessaires et des besoins et potentialités de l'enfant et de sa famille. Ceci appelle également un probable travail de redéfinition des compétences respectives des professionnels et de leurs modalités de coopération, dans cet esprit de transdisciplinarité. Cela passe également par le développement d'une véritable synergie des soins de prévention et des soins curatifs destinés aux enfants, sans sacrifier la dimension préventive et de promotion de la santé comme c'est trop souvent le cas, mais dans une perspective de santé publique beaucoup plus affirmée qu'actuellement.

Le service public de santé de l'enfant et de l'adolescent aurait vocation à coopérer avec les autres professionnels et institutions du même territoire, de l'éducation nationale, des modes d'accueil, des maisons des parents, des maisons des adolescents, des lieux d'accueil parents-enfants, de l'ASE, des services sociaux, des clubs de prévention, de la justice des enfants et de la PJJ,... et tout le secteur associatif (notamment familial). Cette coopération vise à assurer que l'ensemble des politiques et pratiques sectorielles en faveur des enfants soit au service d'une déclinaison optimale des déterminants de la santé et du développement.

Les maîtres enjeux de ce projet sont bien de penser, d'accompagner, d'anticiper et de construire les transdisciplinarités et les transitions au cours du cheminement de santé des enfants et des adolescents : cela trouvera à s'incarner dans des formes laissées aux acteurs locaux : maisons, carrefours, forums de santé et de développement qui leur soient dédiés.