

Cour des comptes



# LA SANTÉ DES ENFANTS

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

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

Décembre 2021

# Synthèse

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

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

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

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

## **Une politique de réduction des inégalités aux effets modestes**

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

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

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

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

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

#### *Des leviers d'action aux résultats perfectibles*

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

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

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

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

### **Réorganiser la politique de santé des enfants**

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

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

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

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

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

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

# Recommandations

## Améliorer la gouvernance et le pilotage

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

## Renforcer l'offre de soins à destination des enfants

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

### **Construire un parcours de soins territorialisé**

9. S'appuyer sur un diagnostic territorialisé des besoins en santé de l'enfant et des ressources disponibles pour construire un parcours de prise en charge (*SGMAS*).
10. Expérimenter un label de maison de santé de l'enfant regroupant, à partir des structures existantes, les professionnels de santé d'un territoire sur la base d'un diagnostic local des besoins de santé des enfants, afin d'améliorer l'accès aux soins et à l'accompagnement des enfants et encourager l'exercice pluriprofessionnel coordonné (*SGMAS, Cnam*).