




S o c i é t é F r a n ç a i s e d e S a n t é P u b l i q u e



Pour une politique
de santé
de l'enfant
et de l'adolescent



Document de travail
15 janvier 2002

Pour une politique de santé de l'enfant et de l'adolescent

Dans une période de grands changements en cours et à venir pour le système de santé français, il paraît opportun à la SFSP de lancer un débat national sur la politique de santé de l'enfant et de l'adolescent.

Cette initiative intervient alors que la SFSP est auditionnée par le ministère de la Santé.

Par ailleurs, plusieurs annonces viennent d'apporter des propositions contradictoires :

- l'Assemblée des Départements de France demande aux Conseils Généraux de reprendre la gestion des services médico-sociaux scolaires précédemment gérés par l'Education Nationale (ASH N°2284, 8/11/02 p. 33, p. 34) dans le cadre d'un bloc de compétence jeunesse famille rénové pour la tranche d'âge allant de 0 à 18 ans ;
- la Défenseure des Enfants a remis son rapport le 20/11/02 au Président de la République (site internet www.defenseurdesenfants.fr). Celui-ci propose d'étendre les compétences de la P.M.I. jusqu'à la fin de l'école primaire, de concentrer les moyens de la médecine scolaire sur l'enseignement secondaire et d'engager une vaste réflexion pour élaborer une véritable politique de l'adolescence.

Nous proposons ici d'ouvrir un débat nécessaire aux prises de décision à venir. Pour cela, nous présentons une première analyse des contradictions actuelles, une explication des principes et valeurs sous-jacents qui peuvent servir de fil conducteur au débat, puis des orientations qui nous semblent importantes à privilégier.

Des analyses disponibles, à utiliser pour redéfinir une politique cohérente

Nos différentes approches s'appuient sur la volonté d'harmoniser des concepts jusqu'à présents disparates et sur des documents officiels analysant les situations actuelles relatives à la santé des enfants et des adolescents :

- Les politiques et projets relatifs à « l'enfance et l'adolescence » nécessitent de distinguer des étapes de vie. Un découpage reconnu par tous est nécessaire.
 - La période autour de la naissance et de la petite enfance 0-6 ans
 - L'enfance de 6 à 10 ans
 - La préadolescence et l'adolescence à partir de 10 ans.
- De nombreux rapports récents, de qualité, existent et doivent servir de référence. Il s'agit de rapports :
 - gouvernementaux :
 - ◊ La santé des jeunes ;

- ◇ La santé mentale ;
- ◇ Le saturnisme ;
- ◇

- de la Défenseure des enfants :
 - ◇ Rapport annuel 2002 plus particulièrement axé sur la santé ;

- parlementaires :
 - ◇ Rapport 1996 sur les liens entre la santé et l'environnement notamment chez l'enfant ;

- de l'association " Défense des enfants Internationale France "
 - ◇ Rapport annuel qui comporte un volet sur la santé des enfants ;

- du Haut Comité de Santé Publique :
 - ◇ Rapport sur " la Santé des enfants Santé des jeunes" en 1997 ;

- de la représentation française à la session des Nations Unies consacrée à la politique de l'enfance :
 - ◇ "Les enfants d'abord : 100 propositions pour une nouvelles politique de l'enfance" Rapport de Marie-Thérèse Hermange 2002.

Un certain nombre de lois, de circulaires et de plans récents encadrent la santé de l'enfant et de l'adolescent. L'ensemble de ces différents rapports, lois et plans gouvernementaux devront être colligés dans une bibliographie. Celle-ci constitue une référence indispensable et donne des bases cohérentes pour réfléchir à la rénovation d'une politique de santé de l'enfant et de l'adolescent.

Enfin, il existe de nombreux acquis dans la politique de santé actuelle (politique vaccinale, politique de dépistage néonatal, politique de P.M.I., politique de protection de l'enfance, ...) sur lesquels une politique rénovée de santé de l'enfant et de l'adolescent pourra s'appuyer.

Des constatations

Voici maintenant les contradictions actuelles sur lesquelles nous souhaitons attirer l'attention :

- *Une politique de santé de l'enfant et de l'adolescent sans pilote*

Au sein du ministère de la Santé, il n'existe pas d'équipe chargée de ce pilotage. De ce fait :

- les orientations manquent de lisibilité ;
 - faute d'une impulsion visible, il existe un déficit de coordination nationale. Depuis 3 ans, les rencontres nationales P.M.I., organisées par le Ministère dans les années 80 et le début des années 90, n'ont pas eu lieu. Or, ces journées se matérialisaient en une publication servant de référence nationale.
- *Des problèmes connus de longue date, aux conséquences également connues et graves*

Pour y faire face, des solutions techniques efficaces existent depuis plus de 20 ans mais ne sont pas mises en place. La France se distingue ainsi de nombreux pays voisins par une mauvaise prise en charge de la diarrhée et de la déshydratation de l'enfant qui entraîne 80 morts par an et 50 000 hospitalisations (source INSERM et INVS) ; ou encore par l'absence du dépistage néonatal systématique des surdités qui entraîne des diagnostics tardifs à 2 ans, période où les enfants concernés (environ 700 par an) ne pourront plus acquérir le langage (source commission scientifique CNAM).

- *L'absence de méthode pour élaborer des recommandations systématiques sur les mesures de prévention et les examens de dépistages chez l'enfant en fonction de son âge*

En Amérique du Nord, elles sont organisés sur la base d'un argumentaire accessible à tous les professionnels.

- *Des conseils de puériculture moderne très disparates, souvent orientés en fonction d'intérêts commerciaux*

Les parents et les éducateurs ont alors le plus grand mal à s'y retrouver.

- *Un développement de la politique des réseaux encore insuffisant*

Cette situation entraîne une rupture de la continuité des soins. En effet, la plupart des enfants en souffrance néonatale qui ont été hospitalisés, ne sont plus suivis au cours de leur première année de vie. Les parents qui nécessitent un soutien dans leur relation avec leur enfant ne sont pas repérés.

- *Un déficit dans l'application de certaines lois*

Celle de 1989, notamment, fixe pour les départements, dans le cadre de la décentralisation, des normes d'activité minimale pour les P.M.I. Or, la moitié environ des départementaux sont en dessous de la norme minimale légale des moyens devant être mis en œuvre par les Conseils Généraux (source SESI-DREES 1998).

- *La fermeture du Centre International de l'Enfance et de la Famille (CIDEF) en 1996*

Les fonctions de référence du CIDEF n'ont pas de « reprenneur officiel ».

- *Une formation et une démographie médicales inadaptées aux spécificités de la santé de l'enfant*

- ◇ Répartition inégale des pédiatres en France ;
- ◇ Chute de 79% des pédiatres prévue en 2020 (source DREES) ;
- ◇ 76% des actes médicaux auprès des enfants sont effectués par des généralistes (Source Société Française de pédiatrie). Or, ceux-ci n'ont pas aujourd'hui de formation initiale et continue adéquate.

- *Un dispositif P.M.I. peu cohérent, non adapté à la situation actuelle*

La P.M.I. a été créée en 1945, époque où la Sécurité Sociale existait à peine et où l'accessibilité aux soins préventifs et curatifs était une problématique majeure. A l'heure de la CMU, l'institution PMI doit être « repensée ». La loi du 18/12/89 qui prévaut aujourd'hui, a été écrite dans un contexte de relative surpopulation médicale. Les médecins libéraux, à cette période, ne souhaitaient pas le développement d'une concurrence institutionnelle, les consultations de P.M.I. étant gratuites. La P.M.I. devait officiellement se cantonner aux actes préventifs, ce qui a obligé les familles suivies par la P.M.I. à avoir 2 médecins pour le même enfant, l'un pour le préventif, l'autre pour le curatif. Cela va à l'encontre d'une unité entre les

fonctions préventives et curatives. Le code de déontologie a entériné le fait que la prescription curative n'était pas autorisée dans le dispositif préventif salarié. De nombreux médecins de ville qui effectuent aussi les consultations préventives du jeune enfant considèrent la P.M.I. comme un doublon.

- *Absence de coordination des acteurs de l'enfance et de l'adolescence*

- PMI
- Aide Sociale à l'Enfance
- Médecins généralistes et pédiatres de ville
- Santé scolaire
- Services pédiatriques hospitaliers
- Secteurs pédo psychiatriques
- Acteurs du handicap de l'enfant : CAMSP / RASED
- Acteurs de l'information préventive et de l'éducation pour la santé (INPES)

Les actions d'institutions différentes se chevauchent pour les mêmes activités : dans les écoles maternelles la P.M.I. chevauche la santé scolaire ; dans les collèges et lycées, les centres de planification familiale se superposent à la santé scolaire...

- *Un déficit important de moyens affectés à la médecine scolaire*

Ce déficit se traduit notamment :

- par une mise en œuvre très partielle des bilans de santé de l'enfant de 6 ans dont l'utilité est pourtant reconnue par tous ;
- par l'absence d'assistantes sociales dans les écoles maternelles et primaires.

- *Un cloisonnement interne du service médico-social de la médecine scolaire*

On observe un manque de coordination entre médecins, infirmières et assistantes sociales ainsi qu'une faible articulation avec les différents programmes de santé en dehors de l'école.

- *Une grande faiblesse de la pédopsychiatrie*

Le rapport Hermange présente la pédopsychiatrie comme "le parent pauvre de la médecine" (p. 130) et celui de "Défense des Enfants Internationale France" comme l'un des points noirs du dispositif de protection de l'enfance (p. 71).

- *Une insuffisance de la politique d'accompagnement sanitaire et scolaire des enfants handicapés*

Cet accompagnement est délégué aux associations privées, dont les actions sont le plus souvent initiées par des parents d'enfants handicapés, du moins ceux qui ont la possibilité d'être militants et bénévoles.

Des principes et des valeurs de référence

Après avoir brossé un tableau des insuffisances actuelles, et avant de présenter nos propositions pour les décisions à venir, voici les principes et valeurs dont la prise en compte nous paraît indispensable :

- le renforcement nécessaire de l'évaluation des problèmes de santé de l'enfant et de l'adolescent ;
- la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé ;
- la continuité dans le temps du suivi médical préventif et curatif de l'enfant ;
- une approche globale des besoins de l'enfant qui intègre les aspects éducatifs, sanitaires et sociaux, ce qui implique une approche transversale et décloisonnée ;
- la nécessité d'un équilibre et d'une coordination entre :
 - des soins primaires ;
 - des soins secondaires spécialisés dus à une hospitalisation en néonatalogie, au handicap, aux maladies chroniques, à la pédopsychiatrie ;
 - une politique de formation et d'information pour la santé pour les familles et les responsables du monde éducatif ;
- le souci de connaître les pilotes ou responsables de chaque orientation et action, combinée à la recherche de synergie entre les diverses missions données aux institutions dans leur espace d'intervention ;
- la nécessité d'une définition de priorités, suivie d'une planification des actions et de l'attribution des moyens nécessaires pour assurer la mise en œuvre des priorités retenues ;
- La définition nécessaire du partage entre les financements qui relèvent de l'impôt national et ceux qui relèvent des ressources des collectivités locales.

Propositions pour des décisions

Les orientations d'une politique de santé de l'enfant et de l'adolescent renouvelée pourraient être construites à partir de l'analyse des contradictions énoncées précédemment et sur la base de valeurs dont certaines viennent d'être proposées. Ces orientations devraient trouver une base concrète dans l'élaboration du projet de loi de programmation quinquennale en santé publique.

Notre objectif est d'ouvrir le débat. Les propositions suivantes peuvent y contribuer :

- *Créer un département "enfance et adolescence dans les" Observatoires Régionaux de la Santé.*

Ces derniers pourraient réunir une fois par an, les acteurs sanitaires de l'enfance et de l'adolescence afin de partager et de discuter les données disponibles. Ceci implique un financement spécifique de cette activité par l'ensemble des financeurs.

- *Organiser un pilotage national d'une politique de santé de l'enfant et de l'adolescent renouvelé*

Une attention particulière doit être portée à la définition d'orientations, à la répartition des missions entre les diverses institutions, à leurs articulations et à la vérification que des moyens adéquats sont attribués aux différents acteurs.

- *Coordonner un travail sur le plan national pour distinguer des recommandations de puériculture validées*

Celui-ci pourrait fournir un argumentaire pour des recommandations de prévention et de dépistage aux différents âges de l'enfant et dégager un corpus des conseils de puériculture qui seraient réactualisés régulièrement.

- *Identifier clairement des chefs de file, répartir clairement les domaines de compétences en leur attribuant des moyens appropriés :*

La PMI avant 10 ans, la Santé Scolaire après 10 ans et un programme de rattrapage en terme de moyens pour ces institutions ainsi que pour la pédopsychiatrie.

- *Engager une réflexion profonde sur les rôles et missions des services de PMI*

Cette réflexion doit s'inscrire dans l'évolution du système de santé français marqué par un rôle plus important des généralistes en direction des enfants (formation initiale renforcée désormais obligatoire, baisse du nombre des pédiatres et augmentation des besoins en néonatalogie). Les services de PMI renouvelés pourraient jouer un rôle nouveau à la fois préventif et curatif ; et surtout un rôle de centre de référence pédiatrique médical et social pour les médecins de ville. La question de l'extension de l'âge des enfants à 10 ans proposé par Claire Brisset Défenseuse des Enfants et l'Association Nationale des Directeurs d'Action Sanitaire et Sociale présente une certaine logique : prolonger le suivi sur les mesures à mettre en œuvre après les bilans de santé en école maternelle, s'impliquer plus dans le champ du handicap qui progressivement est devenu prioritaire, assurer une continuité petite enfance pour les enfants dont les situations ont nécessité des mesures de protection de l'enfance

pendant les 6 premières années, assurer une articulation renforcée avec les acteurs de l'éducatif...

Cette réflexion doit inclure un débat national sur l'échec des normes minimales légales énoncées dans la loi de décentralisation du 18 décembre 1989 relative à la PMI et affirmer le rôle de l'état comme correcteur des inégalités et garant la mise en place des orientations décidées.

- *Positionner et élargir le champ de la santé scolaire afin :*

- Qu'elle puisse intervenir sur l'ensemble des activités et lieux de vie du jeune après 10 ans et de l'adolescent. Un changement de dénomination (de la santé scolaire à la santé des jeunes) avait une signification à la fois symbolique mais aussi concrète à travers l'ouverture des projets et des actions.
- Que les professionnels œuvrant auprès des jeunes puissent inscrire leurs activités dans une continuité : continuité entre petite enfance et jeunesse ; continuité entre scolaire et hors scolaire ; continuité entre la santé publique auprès des jeunes et la santé publique de l'ensemble de la population.

- *Systématiser la coordination des acteurs avec trois types de réseau :*

Les réseaux périnataux et les réseaux bilans de santé des 4-6 ans seraient coordonnés et animés par la PMI ; le troisième réseau sur la santé de l'adolescent serait coordonné et animé par la Santé Scolaire.

- *Développer des troncs de formations croisés initiale et continue*

Ces « troncs communs » doivent permettre aux divers acteurs qui ont à travailler ensemble de mieux se connaître dans leur formation initiale. Une première étape en discussion actuellement à l'ENSP et à l'Institut National des Etudes Territoriales (l'INET) pourrait être d'avoir des temps de formation initiale en commun entre médecins inspecteurs de la santé, médecins scolaires et médecins territoriaux. Cette première étape doit être suivie d'un effort réel pour favoriser les formations transversales et développer les possibilités pour les divers professionnels de passer d'une structure à une autre.