



Ma santé, notre avenir

Investir dans la santé de l'enfant :
une urgence nationale.

Stratégie quinquennale.

le 21 juin 2023.

Pour ce qui est de l'avenir, il ne s'agit pas de le prédire,
mais de le rendre possible.

Antoine de Saint-Exupéry.

La différence entre le politicien et l'homme d'Etat est la suivante :
le premier pense à la prochaine élection, le second à la prochaine génération.

James Freeman Clarke.

**INVESTIR DANS LA SANTÉ
DES ENFANTS D'AUJOURD'HUI
ET DE DEMAIN :
UNE URGENCE NATIONALE.**

20 mesures phares.



20 mesures phares.

1. **Créer un choc d'attractivité : revalorisation de toutes les prises en charge de l'enfant** en ville comme à l'hôpital en reconnaissance des spécificités et du caractère chronophage de la médecine de l'enfant (dont pédopsychiatrie).
 2. **Augmenter la quantité et la qualité de temps médical disponible** : améliorer la formation en santé de l'enfant de tous les professionnels de santé médicaux et paramédicaux, augmenter le *numerus apertus*, faciliter les exercices en pratique avancée.
 3. **Rendre lisible des parcours de soins gradués pour les parents et les professionnels** : le bon médecin, au bon endroit, au bon moment.
 4. **Améliorer l'accès aux soins non programmés et optimiser le recours aux services d'urgence** : régulation téléphonique par des professionnels formés à la santé de l'enfant (SAS et/ou 15), participation élargie des praticiens libéraux à la continuité des soins et à la PDSA, renfort des équipes soignantes aux urgences pédiatriques *au prorata* de la lourdeur des soins, développement d'outils digitaux d'orientation et de conseil pour les parents.
 5. **Protéger les enfants les plus jeunes et les plus vulnérables des épidémies hivernales par des campagnes de prévention nationales intégrant les mesures barrières, les vaccins (grippe, rotavirus...) et les anticorps monoclonaux anti-VRS dès 2023.**
 6. **Sanctuariser le nombre de lits de réanimation pédiatrique et néonatale, pour pouvoir faire face à une crise sanitaire** (épidémie hivernale récurrente) sans perte de chance pour les enfants (déprogrammation chirurgicale ou médicale).
 7. **Renforcer les équipes soignantes dans les services qui prennent en charge des enfants avec des besoin de soins renforcés.**
 8. **Enrichir les registres des naissances et des décès de données médico-socio économiques et permettre les moyens de leur analyse pérennes.**
 9. **Transformer les PMI pour mailler le territoire de Maisons des 1000 jours et de l'enfant.**
 10. **Créer un nouveau « Service de santé des élèves »,** qui mobilise tous les professionnels de santé du territoire sous la coordination du médecin scolaire, et dont l'objectif est le bien-être des enfants et des adolescents.
 11. **Créer un nouveau statut de médecin de fonction publique** commun à la santé scolaire/aux Maisons des 1000 jours et de l'enfant/aux centres de santé publics/à l'hôpital, autorisant un exercice mixte et partagé.
 12. **Instaurer « l'heure partagée » dans toutes les écoles élémentaires** : sacraliser la dernière heure du vendredi pour la consacrer à un retour partagé entre les élèves sur le déroulement de la semaine sur les aspects non académiques (médiation et lutte contre le harcèlement scolaire).
 13. **Créer un « Bilan de santé mentale » à l'entrée au collège et revaloriser le forfait « MonPsy ».**
 14. **Renforcer les capacités en pédopsychiatrie** : création de 600 postes en CMP-IJ, renforcement de l'offre d'hospitalisation et de post-urgence.
 15. **Faire des écoles des « bulles vertes » pour les enfants** : réduction des émissions de CO2 aux abords des écoles, amélioration de la circulation et de la qualité de l'air dans les classes, zone « zéro tabac », mise à distance des zones d'épandage.
 16. **Inscrire dans la loi l'interdiction des écrans avant 3 ans.**
 17. **Déployer le 1^{er} Plan Sommeil.**
 18. **Une République, une santé** : lutter contre les pertes de chance qui touchent les enfants ayant des besoins particuliers (maladies chroniques, précarité, handicap, maltraitances) et les enfants des Outre-Mer.
 19. **Lancer des appels à projets récurrents fléchés dédiés à la santé de l'enfant et soutenir le développement de plateformes innovantes technologiques et thérapeutiques** adaptées aux spécificités de l'enfant, en créant notamment des plateformes de thérapies géniques.
 20. **Instaurer une Conférence nationale de la santé de l'enfant (CNSE), réunie tous les 2 ans sous l'autorité du Président de la République.**
-



Sommaire.

- p. 4 20 mesures phares.
- p. 9 Retour sur la genèse et la méthode.
- p. 10 Partir des besoins de l'enfant : 6 axes de travail.
- p. 11 Un Comité d'Orientation pour mener les concertations et formuler les propositions.
- p. 13 5 mois de concertations inédites autour de la santé de l'enfant.
- p. 14 Une pleine participation aux Assises des premiers concernés : les enfants, et leur famille.
- p. 15 Propos liminaire.
- p. 17 Ambition 1.
AMÉLIORER LA SANTÉ DE L'ENFANT À CHAQUE ÉTAPE DE SA VIE.
- p. 18 Améliorer les conditions de naissance et diminuer la mortalité périnatale.
- p. 20 Intensifier l'investissement dans les 1000 premiers jours de l'enfant.
- p. 23 Créer un nouveau « Service de santé des élèves » au bénéfice du bien-être des élèves.
- p. 25 Améliorer le parcours de santé de l'enfant tout au long de sa vie.
- p. 27 Ambition 2.
REFAIRE DES URGENCES LE LIEU DE L'URGENCE.
- p. 28 Prévenir les passages aux urgences.
- p. 29 Réguler les passages aux urgences.
- p. 30 Améliorer les conditions de travail et de prise en charge aux urgences pédiatriques.
- p. 31 Ambition 3.
LUTTER CONTRE LES PERTES DE CHANCE DES ENFANTS AVEC BESOINS SPÉCIFIQUES.
- p. 32 Mieux prendre en charge les enfants souffrant de maladies chroniques ou complexes.
- p. 34 Améliorer l'accès aux soins pour les enfants en situation de précarité.
- p. 37 Garantir aux enfants protégés une santé égale à celle des enfants de leur âge.
- p. 39 Améliorer le repérage précoce et l'accompagnement en santé des enfants victimes de violence.
- p. 42 Améliorer l'accès des enfants en situation de handicap aux soins primaires.
-



Sommaire.

- p. 45 Ambition 4.
FAIRE DE LA SANTÉ MENTALE DE NOS ENFANTS UNE GRANDE CAUSE NATIONALE.
- p. 46 Améliorer la prévention en santé mentale.
- p. 48 Promouvoir une dynamique de coopération élargie du secteur avec ses partenaires.
- p. 51 Revaloriser les professionnels et renforcer massivement l'offre de soins.
- p. 52 Renforcer la coordination des actions au plan national.
-
- p. 53 Ambition 5.
ADAPTER NOS POLITIQUES DE PRÉVENTION AUX NOUVEAUX RISQUES QUI PÈSENT SUR LES ENFANTS.
- p. 54 Mieux prendre en compte les impacts de l'environnement sur la santé des enfants.
- p. 56 Déploiement du « 1^{er} Plan sommeil ».
- p. 57 Promouvoir l'activité physique en général et lutter contre l'obésité infantile.
- p. 59 Lutter contre la surexposition des enfants aux écrans.
- p. 60 Lutter contre les nouvelles formes du tabagisme qui favorisent l'entrée en consommation.
- p. 61 Prévenir la sur-médication des enfants et adolescents.
- p. 62 Santé sexuelle : ne pas baisser la garde.
-
- p. 63 Ambition 6.
ENFANTS DES OUTRE-MER : UNE RÉPUBLIQUE, UNE SANTÉ.
- p. 64 Améliorer notre connaissance de la santé des enfants dans les Outre-mer.
- p. 65 Augmenter fortement le nombre de professionnels de santé de l'enfant dans les Outre-mer.
- p. 66 Assurer un accès aux soins pour tous.
- p. 67 Intensifier les politiques ciblées de prévention et d'éducation en santé.
- p. 68 Mesures territoriales spécifiques.
-



Sommaire.

- p. 70 Ambition 7.
(RE)FAIRE DE LA FRANCE UN PAYS LEADER DANS LA RECHERCHE ET L'INNOVATION EN SANTÉ DE L'ENFANT.
- p. 71 Faire de la santé de l'enfant une priorité nationale de recherche.
- p. 72 Engager un choc de simplification réglementaire.
- p. 73 Mettre en œuvre un plan d'attractivité des métiers et des carrières.
- p. 74 Dynamiser l'innovation.
- p. 75 Mesurer la santé des enfants pour piloter une politique de santé publique adaptée et en évaluer l'impact.
-
- p. 76 Ambition 8.
GOUVERNANCE, DÉCLINAISON TERRITORIALE ET ÉVALUATION DE LA STRATÉGIE QUINQUENNALE.
- p. 77 Fixer un cap au Pacte national de refondation, et créer un cadre de déclinaison et de suivi annuel par les ARS.
- p. 78 Incarner le pilotage national de la stratégie quinquennale.
-
- p. 79 **EN PRÉALABLE.**
CRÉER UN CHOC D'ATTRACTIVITÉ : DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DE L'ENFANT MIEUX RECONNUS, MIEUX VALORISÉS, MIEUX FORMÉS.
- p. 80 Revaloriser toutes les prises en charge de l'enfant, en ville comme à l'hôpital, pour une meilleure reconnaissance des professionnels de santé qui les assurent.
- p. 81 Augmenter le nombre de professionnels de santé formés à la santé de l'enfant.
- p. 85 Organiser le partage de compétences pour mieux utiliser les ressources humaines déjà existantes et libérer du temps médical spécifiquement dédié au soin.
- p. 86 Promouvoir l'exercice diversifié sur la fonction publique en santé et la possibilité d'exercice mixte libéral et salarié.
-
- p. 87 **CONCLUSION.**
- p. 89 Remerciements.
- p. 90 Eléments complémentaires apportés par certains membres du Comité d'orientation.
-
- ANNEXES**
- p. 100 Participation des enfants aux Assises de la Santé de l'enfant : « *L'activité physique et votre santé* ».
- p. 136 Liste des rapports analysés.
- p. 140 Liste des tables rondes et des personnes et organisations auditionnées.
- p. 155 Données sur les 1899 contributions écrites déposées sur la plateforme *Solen*.
- p. 160 Enquête auprès des parents sur la santé de leur enfant, menée par l'UNAF.
-



Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant : retour sur la genèse et la méthode.

Hiver 2022. La France fait face à une crise qu'elle traverse chaque année, mais cette fois-ci de façon plus aigue que les années précédentes, résultat de la conjonction d'une triple épidémie : bronchiolite, grippe et Covid.

Les urgences pédiatriques sont saturées, les lits d'hospitalisation conventionnelle et en soins critiques manquent, les services de néonatalogie sont en difficulté, la permanence des soins devient problématique, avec pour conséquence des démissions qui s'accroissent parmi des équipes épuisées.

En réalité, cette crise n'est que la face immergée de maux bien plus profonds qui affectent la santé globale de l'enfant aujourd'hui, tant en amont qu'en aval de l'hôpital. En dépit de réinvestissements récents, les PMI restent en difficulté et dans des situations très hétérogènes d'un territoire à l'autre; il ne reste plus que 800 médecins scolaires en France quand naissent chaque année plus de 700 000 enfants. Partout, les pédopsychiatres sont en nombre insuffisants, comme à peu près toutes les spécialités de la santé de l'enfant. Les délais d'attente dans les CMP-Infanto-Juveniles varient entre 6 et 12 mois, comme autant de pertes de chance pour les enfants qui en ont pourtant le plus besoin au sortir de l'après Covid. Pour les enfants des Outre-Mer, la santé constitue un facteur d'inégalité supplémentaire qui obère leur avenir, tout comme celle des enfants en grande précarité, des enfants protégés, ou des enfants en situation de handicap contraints de renoncer aux soins primaires.

Au-delà de la crise des urgences pédiatriques, et en dépit de la grande qualité et de l'investissement des professionnels et des chercheurs, c'est donc bien l'ensemble de notre système de prise en charge de la santé de l'enfant qui est confronté à des difficultés systémiques, et qu'il convient de refonder de façon urgente.

C'est l'ambition des Assises de la santé de la pédiatrie et de la santé de l'enfant annoncées par le Ministre de la Santé et de la prévention François BRAUN le 29 novembre 2022.

Avec pour objectif de dépasser les constats, partagés par tous, pour construire un plan d'actions pluriannuel de refondation de la santé de l'enfant, fait de mesures concrètes. Un enfant pris dans sa minorité de 0 à 18 ans—et même dès l'ante-natal-, et dont la santé est appréhendée au sens global de l'OMS : somatique, psychique, sociale et environnementale.

Et pour méthode de mener une concertation la plus large possible, auprès de l'ensemble des professionnels, de santé et au-delà, des institutions, associations d'usagers et tout autre acteur individuel ou collectif impliqué dans la santé de l'enfant.

Pour mener à bien ce travail, le ministre de la Santé et de la prévention a nommé Christèle GRAS LEGUEN, Cheffe de service de pédiatrie générale et des urgences pédiatriques au CHU de Nantes, présidente de la Société française de pédiatrie, et Adrien TAQUET, ancien secrétaire d'Etat à l'Enfance et aux Familles (2019-2022) et ancien député (2017-2019), à la présidence de ces Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant.

Pendant 6 mois, ils ont ainsi présidé et animé un Comité d'Orientation composé de 18 professionnels de santé, exerçant des disciplines variées, dans des cadres libéraux, communautaires ou hospitaliers.

Pendant 6 mois, les travaux ont été organisés selon 6 axes de travail, définis en partant non pas des organisations ou des statuts des uns et des autres, mais davantage des besoins en santé de l'enfant, et de sa famille.

Ainsi, tout autant qu'un événement en soi, les Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant sont surtout un processus initié il y a 6 mois et qui trouve un premier aboutissement dans les pages et les nombreuses propositions qui suivent, et ce avant l'été tel que l'avait souhaité le ministre et réaffirmé la Première ministre le 26 avril dernier dans sa feuille de route.



Partir des besoins de l'enfant : 6 axes de travail.

Les travaux se sont organisés autour de l'enfant et de ses besoins, par la définition de 6 axes de travail, chacun accompagné d'objectifs à poursuivre, qui ont structuré la réflexion, les concertations et les recommandations formulées par le Comité d'Orientations des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant.

1. Garantir à tous les enfants un parcours de santé de qualité et sans rupture.

- 1- Organiser/Améliorer le suivi des enfants en bonne santé.
- 2- Améliorer la prise en charge des maladies aiguës communautaires selon leur gravité.
- 3- Sécuriser les conditions de naissance dans toutes les régions et H24/7.
- 4- Renforcer la promotion de la santé dans tous les lieux de vie des enfants, et améliorer la coordination des acteurs.
- 5- Adapter le cadre réglementaire et financier aux singularités de la médecine de l'enfant.

2. Améliorer le parcours en santé des enfants les plus fragiles.

- 1- Mieux organiser la prise en charge des enfants avec maladies chroniques ou complexes.
- 2- Améliorer l'accès aux soins des enfants à besoins particuliers.
- 3- Lutter contre la précarité en santé.
- 4- Répondre aux enjeux spécifiques qui affectent la santé des enfants ultra-marins.
- 5- Améliorer la santé des enfants protégés tout au long de leur parcours en protection.
- 6- Promouvoir le dépistage et accompagner en soins les enfants victimes de violence.

3. Relever le défi de la santé mentale des enfants.

- 1- Améliorer la santé mentale des enfants en prévenant l'entrée dans le besoin de soins.
- 2- Garantir aux enfants une prise en charge adaptée, par l'accroissement des ressources en pédopsychiatrie et une meilleure articulation en amont (CMP) et en aval des services d'hospitalisation.

4. Mieux prévenir pour améliorer la santé globale des enfants.

- 1- Faire des enfants les acteurs de leur santé, faire des parents des acteurs la santé de leurs enfants.
- 2- Prévenir les grands risques qui pèsent sur la santé des enfants et des adultes qu'ils deviendront.

5. Renforcer la formation professionnelle et faire évoluer les métiers de la santé de l'enfant.

- 1- Renforcer et développer les compétences en pédiatrie sur l'ensemble du territoire.

6. Améliorer les connaissances et les pratiques en santé de l'enfant par la recherche, l'évaluation et favoriser les pratiques innovantes.

- 1- Se doter d'une médecine de l'enfant basée sur les preuves grâce à une stratégie de recherche et d'évaluation issue des besoins de l'enfant.
 - 2- Identifier et favoriser les pratiques innovantes, notamment par l'apport du numérique.
-

Un Comité d'Orientation pour mener les concertations et formuler les propositions.



Présidents des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant



Christèle GRAS-LEGUEN

Cheffe de service de pédiatrie générale et des urgences pédiatriques au CHU de Nantes, présidente de la Société française de pédiatrie.



Adrien TAQUET

Ancien secrétaire d'État à l'Enfance et aux Familles (2019-2022), ancien député (2017-2019).

Axe 1

Garantir à tous les enfants un parcours de santé de qualité et sans rupture.



Dr Amélie RYCKEWAERT
pédiatre au CHU de Rennes.



Dr Andreas WERNER, pédiatre libéral à Villeneuve-lez-Avignon, président de l'association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA).



Dr Julie CHASTANG
médecin généraliste au centre municipal de santé de Champigny-sur-Marne, maître de conférences de médecine générale.



Charles EURY
infirmier puériculteur, président du collège national des infirmiers puériculteurs.

Axe 2

Améliorer le parcours en santé des enfants les plus fragiles.



Dr Fabienne KOCHERT
pédiatre libérale à Orléans, ancienne présidente de la société française de pédiatrie ambulatoire.



Pr Brigitte CHABROL cheffe de service de pédiatrie à l'AP-HM, ancienne présidente de la Société française de pédiatrie.



Dr Béatrice PELLEGRINO
cheffe de service de Pédiatrie, CH Mantes-la-Jolie.



Pr Olivier BRISSAUD responsable de l'unité de réanimation pédiatrique, CHU de Bordeaux.

Axe 3

Relever le défi de la santé mentale des enfants.



Pr Guillaume BRONSARD
PU-PH de pédopsychiatrie au CHU de Brest, président de l'Association Nationale des Maisons des Adolescents (ANMDA), Président de l'EPE IDF.



Dr Christophe LIBERT
Pédopsychiatre au GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences, président de l'Association des Psychiatres Infanto-juvéniles de secteur sanitaire et médico-social (API).



Pr Anne-Catherine ROLLAND
PU-PH en pédopsychiatrie, cheffe du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au CHU de Reims, co-pilote du groupe pédopsychiatrie de la CNP.

Un Comité d'Orientation pour mener les concertations et formuler les propositions.



Axe 4 Mieux prévenir pour améliorer la santé globale des enfants.



Dr Corinne BOIS
Médecin de Protection Maternelle et Infantile (PMI) au Conseil départemental des Hauts-de-Seine.



Pr Loïc de PONTUAL
Pédiatre, PUPH à l'Hôpital Jean Verdier, Bondy (AP-HP).

Axe 5 Renforcer la formation professionnelle et faire évoluer les métiers de la santé de l'enfant.



Pr Vincent GAJDOS
PUPH de pédiatrie à l'Hôpital Antoine Béchère, Clamart (AP-HP).



Sébastien COLSON
Puériculteur, professeur des universités en sciences infirmières, Marseille.



Dr Laetitia GIMENEZ
médecin généraliste à Toulouse, chef de clinique des Universités.

Axe 6 Améliorer les connaissances et les pratiques en santé de l'enfant par la recherche, et favoriser les pratiques innovantes.



Pr Martin CHALUMEAU
PUPH de pédiatrie, Hôpital Necker-Enfants Malades.



Pr Alexandre BELOT
PUPH de pédiatrie, Hospices civils de Lyon.

Siégeaient également au sein du Conseil d'Orientation 2 associations représentantes des usagers.



Catherine VERGELY



Charlotte BOUVARD



Outre le Comité d'Orientation, un « **Comité des parties-prenantes** » a été constitué, rassemblant plus d'une centaine de représentants d'organisations et d'administrations œuvrant en faveur des enfants et de leur santé, afin de les tenir au courant de l'état d'avancement des travaux, de partager les premières grandes directions du Comité d'orientation, et de répondre aux interrogations soulevées. Le Comité des parties-prenantes s'est réuni 3 fois entre janvier et mai 2023.



5 mois de concertations inédites autour de la santé de l'enfant.

A bas bruit, ce que certains pourront regretter, un vaste processus de concertation a été mené par les pilotes des 6 axes de travail, et ce à travers différents canaux de dialogue.

Menée de janvier à mai 2023, cette concertation aura permis :

- l'organisation de **23 tables rondes** (*liste en annexe*).
- l'**organisation de 121 auditions, permettant d'auditionner plus de 300 personnes et organisations associatives et professionnelles au total** (*liste en annexe*).
- la remontée de **2 000 contributions écrites**, émanant d'organisations professionnelles, syndicales, associatives, ainsi que de professionnels de santé ou de patients individuellement (*données en annexe*).

Les co-présidents des Assises ont également souhaité rencontrer un certain nombre de ministres concernés par la santé globale des enfants, au-delà du seul ministre de la Santé et de la prévention : le ministre de l'Education nationale, le ministre des Solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, la ministre déléguée chargée des personnes handicapées, la ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé, la secrétaire d'Etat chargée de l'enfance.

Il n'a pas été possible de rencontrer le ministre des Outre-Mer ni la ministre de l'Enseignement supérieur.

Les co-présidents ont également eu à cœur d'associer à ces Assises le Parlement et les parlementaires, et ont ainsi pu être auditionnées par la Commission des affaires sociales du Sénat, la Délégation des droits de l'Enfant de l'Assemblée nationale, la Délégation aux Outre-Mer de l'Assemblée nationale, le Groupe d'étude Santé et environnement de l'Assemblée nationale ou encore à l'occasion de la mission flash du Sénat sur le sujet de la mortalité infantile.

De la même façon, des auditions ont été sollicitées et organisées devant le Comité national consultatif des personnes handicapées (CNCPPH) et Haut Conseil à la famille, à l'enfance et à l'âge (HCFEA), avec demande d'avis et de recommandations formulées auprès de ces institutions.

Enfin, le Comité d'orientation et ses 2 présidents ont pu dialoguer avec de nombreuses administrations : Délégation interministérielle à la lutte contre la pauvreté, Délégation interministérielle à l'autisme au sein des troubles neuro-développementaux, Secrétariat général du Comité interministériel du handicap, équipe projet 1000 premiers jours au sein du Ministère de la santé et de la prévention, bureau Outre-Mer au sein des ministères sociaux.

Une pleine participation aux Assises des premiers concernés : les enfants, et leur famille.



Il était hors de question que les Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant se déroulent sans que n'y prennent part les principaux intéressés -les enfants eux-mêmes- auquel un thème de santé publique important, ancré dans la prévention et dans leur quotidien, leur a été soumis : *L'activité physique et votre santé*.

A cet effet, le Comité d'Orientation des Assises a pris attache avec le Défenseur des Enfants, afin de pouvoir s'inspirer de la méthodologie que celui-ci a développé dans le cadre des consultations qu'il mène depuis 2019 à l'occasion de son rapport annuel thématique. Un certain nombre de principes et d'actions ont ainsi été mises en place, parmi lesquels :

- sensibilisation des personnels encadrants aux droits de l'enfant et à l'importance de la prise en considération de sa parole;
- Sensibilisation à la thématique choisie par les pilotes de l'axe 4 (« Mieux prévenir pour améliorer la santé globale des enfants »);
- partage d'une méthodologie et d'un cadre de travail;
- liberté totale de forme s'agissant de la restitution de leurs travaux par les enfants (écrits, dessin, format vidéo, etc.). de la restitution;
- enfin, aucune obligation de résultat, c'est-à-dire de restituer un quelconque document si les enfants ne le souhaitent pas.

Sans rechercher la représentativité parfaite, il a néanmoins été porté une attention particulière aux profils des enfants participants, afin qu'ils constituent une variété symbole de richesse évidente : enfants de centres de loisir, de conseils municipaux de jeunes, enfants protégés, enfants en situation de handicap, enfant de métropole et d'Outre-Mer. Ce que reflète le choix des 5 fédérations et institutions qui ont pris part à cette consultation.



L'ensemble des contributions des enfants, sous forme de notes écrites, de dessins, de photos et de vidéos, ont été intégrées aux réflexions du Comité d'orientation et ont alimenté ses préconisations. Elles sont intégrées *in extenso* à la fin du présent document.

L'Union nationale des associations familiales (UNAF) a également pris une part importante dans ces Assises, en menant une vaste consultation -qualitative et quantitative- auprès des parents sur la perception qu'ils avaient de la santé de leur enfant, et de la façon dont elle était prise en charge en France. Si les familles rurales et les classes moyennes sont surreprésentées dans cette étude, induisant un léger biais dans les réponses à analyser, elle n'en demeure pas moins instructive sur certaines difficultés rencontrées par les parents aujourd'hui, nourrissant ainsi utilement les travaux menés dans le cadre des Assises. Avant que l'UNAF n'en fasse une publication spécifique, l'ensemble des résultats de cette enquête sont annexés au présent document.



Le Comité d'Orientation des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant enfin, a reçu le soutien de la Direction générale de l'offre de soin (DGOS) du ministère de la Santé et de la prévention, ainsi que de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) pour mener à bien cette mission : que les personnes qui y ont pris part soient sincèrement remerciées pour la qualité de l'accompagnement et de l'expertise qui ont été les leurs pendant ces 6 derniers mois.



Propos liminaire.

Les travaux menés l'ont été, dès le départ, dans un environnement mouvant : les questions qui touchent la santé des enfants faisaient et font toujours l'objet de différents travaux, groupes de travail, missions et rapports, commandités avant le lancement des Assises ou alors que se déroulait le processus. Le CNR Santé tout d'abord, aborde certaines questions d'ordre général qui concernent également la pédiatrie, tout comme certaines stratégies globales –Conférence Nationale du Handicap, 5^e Stratégie nationale pour l'autisme au sein des TND, 1000 Premiers jours, Pacte des solidarités, Comité interministériel aux Outre-Mer, etc.- croisent de nombreuses problématiques touchant la santé des enfants. De nombreux rapports et missions ont aussi pu alimenter les réflexions du Comité d'orientation ces derniers mois –rapport Yves Ville à l'Académie de médecine sur les maternités, rapport Laville sur l'obésité, etc. Les traditionnelles négociations conventionnelles se sont tenues, où il a été notamment question de la revalorisation de la pédiatrie, tout comme certains chantiers ont été ouverts avec certaines professions en particulier –sages-femmes, infirmières-puéricultrices, etc.-, notamment sur la réingénierie de certains diplômes.

Notre travail a ainsi consisté, avant tout, à tenir compte de ces travaux, à les intégrer dans nos réflexions, et à essayer de faire en sorte que l'ensemble soit au mieux coordonné-ou *a minima* non contradictoire.

Ainsi, dans les propositions formulées dans le cadre de ces Assises, certaines commencent à être implémentées, d'autres seront peut-être portées dans des plans ou des annonces à venir. Mais il nous a semblé important de garder la cohérence d'ensemble de la stratégie quinquennale que nous proposons de mettre en œuvre.

Pourquoi une stratégie quinquennale ? Parce que certaines mesures relèvent de l'urgence, et peuvent être mises en œuvre rapidement -notamment dans le cadre du Projet de loi de financement de la sécurité sociale en cours d'élaboration au moment où nous écrivons ces lignes-, mais que d'autres sont, par nature, plus longues à élaborer parce qu'elles nécessitent d'importants et nécessaires travaux d'expertise, s'inscrivant ainsi dans un temps intrinsèquement plus long. Cette feuille de route et les près de 400 propositions qu'elle contient, ne peut ainsi se déployer que dans un cadre pluriannuel. Mais pas davantage qu'un quinquennat, parce que c'est amplement suffisant pour prendre les mesures qui s'imposent, parce qu'il y a urgence à prendre les mesures qui s'imposent.

Cette approche pluriannuelle traduit également une double conviction. D'une part, qu'il ne s'agit pas cette fois de convenir de quelques mesures de crise dispersées mais bien de bâtir un véritable pacte de refondation du système de santé de l'enfant dont la France a besoin : à défaut, en dépit de l'excellence de nos professionnels, les indicateurs de santé de nos enfants se dégraderont, faisant peser un coût et un risque supplémentaires sur l'avenir de notre pays. D'autre part, et nous sommes tristes de le constater, parce que l'on ne s'intéresse pas tous les 4 matins à la santé de l'enfant dans ce pays, et que ces Assises constituent un *momentum* unique qu'il ne faut surtout pas manquer. La réponse doit être à la hauteur des problèmes et des enjeux, elle doit être structurelle et bénéfique à tous les enfants, dans toutes les dimensions de leur santé actuelle et à venir.



Propos liminaire.

Le périmètre de ces Assises est large, tant il s'est évertué à embrasser la santé de l'enfant dans l'ensemble de ses dimensions somatique, psychique, sociale et environnementale. **Le fil conducteur exclusif à l'ensemble des réflexions menées par les 22 membres du Comité d'Orienta**~~tion~~ **a été l'intérêt supérieur de l'enfant, de partir de ses besoins pour déterminer les conditions d'amélioration de sa prise en charge par le système de santé et les professionnels qui le font vivre.**

C'est l'intérêt supérieur de l'enfant qui cimente les 8 chapitres sous forme d'ambitions de ce document, qui se conclue par un préalable qui porte davantage sur les professionnels et l'attractivité de leurs métiers :

1. Améliorer la santé de l'enfant à chaque étape de sa vie.
2. Refaire des urgences le lieu de l'urgence.
3. Lutter contre les pertes de chance des enfants avec besoins spécifiques.
4. Faire de la santé mentale de nos enfants une grande cause nationale.
5. Adapter nos politiques de prévention aux nouveaux risques qui pèsent sur les enfants.
6. Enfants des Outre-Mer : une république, une santé.
7. (Re)faire de la France un pays leader dans la recherche et l'innovation en santé de l'enfant.
8. Gouvernance, déclinaison territoriale et évaluation de la stratégie quinquennale.

En préalable. Créer un choc d'attractivité : des professionnels de la santé de l'enfant mieux reconnus, mieux valorisés, mieux formés.

Cette feuille de route quinquennale se décompose ainsi de près de 400 mesures, certaines très pointues, d'autres plus macro et principales, au risque évident de ne pas éviter un certain « effet catalogue », où chacun y trouvera de quoi se réjouir, probablement aussi de quoi nourrir regrets ou insatisfactions. Mais l'ensemble de ces mesures sont d'égale importance en ce qu'elles constituent un tout qui se veut transformatif et cohérent. Elles ne sont pas toutes détaillées ni justifiées dans les pages qui suivent, mais toutes émanent de ce travail collectif inédit qui a été mené depuis 6 mois impliquant plusieurs centaines de personnes de tous horizons et de toutes disciplines.

Ces propositions sont au final celles du Comité d'orientation des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant. En fin de rapport figure des contributions complémentaires souhaitées par certains membres du Comité d'orientation, qui souhaitent témoigner de certaines divergences ou précisions qui leur semblaient nécessaire d'apporter, tel que cela avait été proposé dès le début du processus – à l'image des *Dissent opinions* de la Cour suprême américaine.

L'ensemble de ces propositions ont été transmises au ministre de la Santé et de la prévention, ainsi qu'aux instances chargées d'assurer l'inter-ministérielle. A la connaissance des deux co-Présidents, elles sont en cours d'expertise, d'évaluation budgétaire et d'arbitrage au sein des différents ministères, administrations centrales et institutions concernées.

Ambition 1.

AMÉLIORER LA SANTÉ DE L'ENFANT À CHAQUE ÉTAPE DE SA VIE.

Objectif 1.

Améliorer les conditions de naissance et diminuer la mortalité périnatale.

Objectif 2.

Intensifier l'investissement dans les 1000 premiers jours de l'enfant.

Objectif 3.

Créer un nouveau « Service de santé des élèves » au bénéfice du bien-être des élèves.

Objectif 4.

Améliorer le parcours de santé de l'enfant tout au long de sa vie.



Objectif 1. Améliorer les conditions de naissance et diminuer la mortalité périnatale.

La mortalité périnatale¹ en France s'élève à 10.2 ‰ en 2019. Avec un taux de mortinatalité² de 3,6 décès pour 1 000 naissances en 2019, la France occupe la 20^{ème} position au sein des 28 pays européens. Contrairement aux autres pays économiquement comparables à la France, on constate une re-ascension de la mortalité infantile observée entre 2012 et 2019 qui porte notamment sur les premiers jours de la vie (*Trinh, Lancet Regional Health Europe, 2022*). Au sein du territoire, de grandes disparités sont observées avec un taux de mortalité périnatale fluctuant entre 8.8 ‰ dans les Pays de la Loire et 21.9 ‰ en Guyane. Des progrès sont donc nécessaires pour réduire la mortalité autour de la naissance, en garantissant aux femmes et aux nouveau-nés des conditions de naissance sûres sur l'ensemble du territoire, ainsi qu'un renforcement de l'accompagnement des familles au sein des maternités et lors du retour à domicile. Une étape incontournable et simple pour améliorer la situation actuelle est d'établir un registre des naissances (à partir de données déjà existantes mais aujourd'hui dispersées) pour mesurer et adapter la politique de santé périnatale.

Le dépistage néonatal peut par ailleurs être encore amélioré dans notre pays dans le cadre des recommandations de la Haute Autorité de Santé, de même que la prévention de la mort subite du nourrisson.

Après de véritables avancées au cours des 5 dernières années, l'accompagnement des enfants nés prématurément doit encore franchir un cap pour favoriser leur développement.

- **Créer un registre des naissances** à partir des données déjà disponibles mais non connectées entre elles en y associant des informations médico-socio-économiques (nécessitant la création d'un ETP de coordinateur rattaché à une équipe d'épidémiologie/ DREES, SPF, etc.).

- **Assurer la sécurité des naissances.**

Suite au rapport d'Yves Ville du 28 février 2023, une mission sur les maternités a été annoncée par le Ministre de la santé et de la prévention le 3 mai 2023, dont le calendrier n'est pas encore connu à ce stade. D'ici là, le Comité d'Orientation des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'Enfant formule les recommandations principales suivantes :

- **Inventer de nouveaux modèles d'offres de santé périnatale** permettant d'assurer la sécurité de la naissance sur chaque territoire.
- **Développer les centres périnataux de proximité** dans un cadre juridique et des missions renouvelés pour mieux répondre aux besoins des femmes enceintes et des nouveau-nés.
- **Augmenter le nombre de lits de réanimation néonatale de façon à atteindre le ratio d'1 lit pour 1000 naissances.**

1. La mortalité périnatale désigne le nombre d'enfants nés sans vie ou décédés au cours des 7 premiers jours de vie rapporté à l'ensemble des naissances en France. Source étude Drees Stabilité de la mortalité périnatale entre 2014 et 2019, n° 1199, juillet 2021.

2. Le taux de mortinatalité désigne le nombre d'enfants mort-nés après 6 mois de grossesse et exclusion des IMG, Rapport Euro-Peristat..



**Objectif 1.
Améliorer les conditions de naissance
et diminuer la mortalité périnatale.**

▪ **Améliorer la prise en charge et le suivi des enfants prématurés.**

- **Développer les équipes mobiles néonatales**, sur le modèle suédois, en généralisant l'expérimentation menée depuis fin 2022 par 11 établissements, afin de favoriser une sortie précoce sécurisée des nouveau-nés prématurés et soutenir le lien de parentalité tout en assurant la continuité de la prise en charge.
- **Zéro séparation durant l'hospitalisation :**
 - **Généralisation de la Charte du nouveau-né** à tous les maternités.
 - **Mobilisation de crédits d'investissement pour accompagner les transformations architecturales nécessaires**, suivant un plan de transformation à élaborer établissement par établissement.
- **Prise en compte de l'âge biologique et non de l'âge civil des enfants prématurés**, notamment pour l'entrée à l'école.
- **Formation de tous les soignants de néonatalogie aux soins de développement** (FINE, première étape du NIDCAP).

▪ **Améliorer le dépistage néonatal.**

- **Généraliser le dépistage de la drépanocytose dès 2024, de l'amyotrophie spinale et du déficit immunitaire combiné sévère dès 2025** à la lumière de recommandations de la HAS.
- **Améliorer l'effectivité du dépistage de la surdité permanente néonatale** à la lumière de recommandations de la HAS.
- **Poursuivre les travaux en cours sur le dépistage néonatal et l'analyse systématique de l'exome/génome**, et évaluer les avantages/inconvénients pour les enfants et leurs familles.

▪ **Prévenir la mort subite du nourrisson.**

- **Mettre les pictogrammes et photographies présents sur les produits de puériculture et les communications institutionnelles en conformité avec les recommandations de la HAS** (couchage des nourrisson exclusivement sur le dos, à plat dans leur propre lit mais dans la chambre parentale sans couverture ni oreillers ni autre objet à risque d'étouffement).
- **Mener en urgence des campagnes nationales d'information sur les conditions de couchage en sécurité des jeunes enfants** (50% des 300 MIN annuelles en France sont retrouvées en décubitus ventral), la dernière campagne datant des années 1990.



Objectif 2. Intensifier l'investissement dans les 1000 premiers jours de l'enfant.

Les 1000 premiers jours désignent la période cruciale dans le développement de l'enfant s'étalant de la période anténatale à l'âge de 2 ans. L'importance d'une attention particulière apportée à l'enfant au cours de cette période, et ses impacts sur sa santé tout au long de sa vie, ont été scientifiquement établies. La stratégie des 1000 premiers jours a été lancée le 28 septembre 2020 à la suite des recommandations du rapport de la Commission présidée par Boris Cyrulnik, afin de mettre en place une prise en charge continue de la santé de l'enfant sur cette période, de même qu'un accompagnement renforcé de ses parents.

Les investissements initiés –création de parcours, information des parents, lutte contre la dépression post-partum, doublement du congé paternité, etc.- doivent être confirmés et intensifiés, et de nouveaux sujets doivent être lancés (promotion de l'allaitement maternel, attractivité des métiers, etc.).

Si des mesures ont été adoptées ces dernières années pour renforcer les Protections maternelles et infantiles (PMI), il faut aller plus loin et désormais adopter des mesures plus structurantes pour sauver ces acteurs majeurs de cette période de la vie des enfants et de leurs parents.

- **Création d'un parcours d'accompagnement renforcé à la parentalité.**
 - Proposer à chaque femme une sage-femme référente en lien avec le médecin traitant.
 - Systématiser la proposition de groupes de pair-aidance au père et à la mère.
 - Améliorer l'information des parents et des professionnels sur le sommeil des parents.
- **Systématiser et revaloriser l'examen des 18 mois** afin de permettre au médecin un examen complet, notamment pour repérer les écarts inhabituels de développement.
- **Accueillir les conjoint(e)s pendant les 1000 premiers jours de leur enfant.**
 - Proposer une consultation prénatales pour les conjoint(e)s, prise en charge par la Sécurité sociale.
 - Proposer aux conjoint(e)s des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.
- **Généraliser le « Sac des 1000 premiers jours » à l'ensemble des maternités** du territoire, en améliorant son appropriation par les professionnels.
- **Enrichir l'application et le site 1000 premiers jours** de contenus notamment relatifs à :
 - la **prévention des accidents de la vie courante** chez les très jeunes enfants ;
 - les **expositions aux phtalates et aux perturbateurs endocriniens** en général.
- **Promotion de la santé mentale et psychiatrie périnatale.**
 - **+15 M€** pour financer des équipes mobiles (**une par département**) et des places mères/enfants.
 - En cas de repérage d'une situation à risque, **encourager la réalisation d'une consultation préconceptionnelle et/ou prénatale par un psychiatre abordant spécifiquement l'accompagnement des détresses psychiques.**



Objectif 2.
Intensifier l'investissement dans les 1000 premiers jours de l'enfant.

- **Améliorer le carnet de santé comme outil de suivi de la santé et du développement de l'enfant.**
 - **Création d'un carnet de santé « pré-natal »** à l'occasion de la consultation antenatale dédiée à l'enfant à naître.
 - **Intégration des outils de repérage TND dans le carnet de santé papier et numérique.**
 - **S'assurer de l'intégration effective dans le carnet de santé numérique des nouvelles courbes de croissance numérisées.**

- **Améliorer la santé de la femme enceinte.**
 - **« Zéro tabac, Zéro alcool » pendant la grossesse** : améliorer la prévention de l'alcoolisation fœtale auprès des professionnels et du grand public (campagnes de sensibilisation).
 - **Tester les incitations financières d'arrêt au tabac pendant la grossesse.**
 - **Renforcer les campagnes de prévention et de vaccination des femmes enceintes pendant la grossesse** (grippe, coqueluche, Covid).
 - **Améliorer la prévention des anomalies de fermeture du tube neural** selon les nouvelles recommandations de l'ANSES (**généralisation de la prescription de folates**).

- **Promotion et facilitation de l'allaitement maternel et accompagnement des femmes.**
 - **Diffuser les nouvelles recommandations sur l'allaitement maternel** (à destination du public et des professionnels).
 - **Remboursement d'autant de consultations lactation que nécessaire par des professionnels formés.** Formation et certification de tous les pédiatres, médecins généralistes, sage-femmes et IPDE aux conseils en lactation en utilisant IHAB.
 - **Mettre en place un numéro vert national de soutien dédié à l'allaitement maternel.**
 - **Supprimer la retenue sur salaire des temps de pause pour allaitement** (une heure par jour).
 - **Baisser le seuil d'obligation de mise à disposition d'une salle d'allaitement** (de 100 à 50 salariés).

- **Lancer les travaux d'expertise sur la fusion des 7 congés familiaux en un seul congé parental**, plus souple, mieux rémunéré et mieux partagé entre les 2 parents (avec une part obligatoire pour chacun d'entre eux), en lien avec le projet de Service public de la petite enfance.



Objectif 2. Intensifier l'investissement dans les 1000 premiers jours de l'enfant.

- **Mailler le territoire de « Maisons des 1000 jours et de l'enfant ».**
 - **Faire évoluer les PMI en « Maisons des 1000 jours et de l'enfant », dont les moyens seront renforcés** afin d'y garantir :
 - Du temps médical et paramédical, avec pour besoins estimés :
 - 2150 médecins contre 1700 actuellement (+ 450 ETP) ;
 - 6300 IPDE vs. 4500 actuellement (+ 1800 ETP) ;
 - 1400 sages-femmes contre 1100 actuellement (+ 300 ETP) ;
 - Un exercice pluri-professionnel coordonné ;
 - Une pratique plus développée de l'aller-vers.
 - **Proposition de financement par dotation populationnelle adaptée au nombre d'enfants par territoire et à leurs indicateurs de vulnérabilité.**
 - **Intégrer les Maisons des 1000 jours et de l'enfant dans le périmètre des Schémas départementaux des services aux familles coprésidés par le Préfet.**
 - **Donner l'accès à l'ensemble des professionnels de santé à MonEspaceSanté.**
 - **Mise à disposition de tous les vaccins** dans les Maisons des 1000 jours et de l'enfant (notamment Rotavirus et autres vaccins non obligatoires).
 - **Mieux suivre l'activité des Maisons des 1000 jours et de l'enfant pour améliorer les connaissances** sur l'état de santé des enfants suivis via une incitation à la saisie d'informations et l'interopérabilité des systèmes d'information.
- **Améliorer l'attractivité des métiers qui interviennent au cours des 1000 premiers jours.**
 - **Création d'un statut de médecin de fonction publique commun aux Maisons des 1000 jours et de l'Enfant / à la Santé scolaire / aux Centres de santé publics / à l'hôpital.**

Afin de permettre un exercice public territorialisé et possiblement mixte (public/privé) et partagé (au sein des fonctions publiques), accompagné d'une **revalorisation** et d'une **harmonisation de la grille des salaires** ville/hôpital/prévention/médecine scolaire **sur la grille de praticien hospitalier.**
 - **Reconnaissance des compétences des IPDE** avec une augmentation de leur implication dans de nombreuses missions (examens de routine, accompagnement, dépistage, orientation...).
 - **Implication renforcée des sages-femmes** auprès des femmes, des mères ou des adolescents.

NDA : La demande exprimée de manière consensuelle étant de favoriser le lien PMI/Médecine scolaire, le projet de transformation des PMI en « Maison des 1000 jours et de l'enfant » serait à terme de disposer d'équipes partagées avec la santé scolaire permettant de mieux articuler la prise en charge des 3-6 ans au sein établissements scolaires. La coordination pour cette classe d'âge serait confiée en priorité aux médecins scolaires avec des logiciels métiers communs, l'accès au carnet de santé numérique indispensable et la possibilité de soins curatifs ponctuels. Ainsi, il n'est pas question de cesser brutalement l'accueil des 3-6 ans à court terme mais bien de se donner les moyens de les voir plus nombreux et dans de meilleures conditions sur leur lieu de scolarisation quand la mise en œuvre de cette réforme aura permis une réorganisation de l'ensemble de leur parcours de santé entre 3 et 6 ans. La possibilité de postes médicaux partagés hôpital/Maison des 1000 jours ou hôpital/médecine scolaire est également très forte.



Objectif 3. Créer un nouveau « Service de santé des élèves » au bénéfice du bien-être des élèves.

La loi du 8 juillet 2013 de refondation de l'école de la République a confié aux services de santé scolaire deux missions : la réussite scolaire et la réduction des inégalités en matière de santé. Or, comme le souligne la Cour des comptes dans un rapport publié en 2020, le rattachement de la santé scolaire à l'Education nationale, la pénurie de médecins scolaires (un tiers des postes sont vacants du fait de la non-attractivité des carrières) et des difficultés organisationnelles majeures se traduisent par la non-réalisation de dépistages obligatoires pour de nombreux enfants. A titre d'exemple, moins d'un enfant sur cinq bénéficie de la visite de la 6^{ème} année réalisée par les médecins scolaires, qui a pourtant vocation à être universelle. La création d'un service de santé scolaire au bénéfice du bien être des élèves permettra de remettre la santé à l'école au cœur du parcours de santé de l'enfant, et de redonner aux professionnels de santé les moyens d'œuvrer au quotidien pour la santé globale de tous les élèves.

Afin de favoriser le lien entre Maison des 1000 jours et de l'enfant et santé scolaire, mis à mal ces dernières années par la baisse des effectifs médicaux des deux services, le projet de transformation des PMI permettra à terme de disposer d'équipes ayant une activité possiblement partagée entre Maison des 1000 jours et de l'enfant, santé scolaire, hôpital et centres de santé polyvalents publics, le tout grâce à un statut commun à la fonction publique. Permettant ainsi de mieux articuler le parcours de soins pluri-professionnels offert par la Maison des 1000 jours et de l'enfant et ses actions d'aller-vers, de prévention, de dépistage et d'orientation des 3-6 ans au sein des établissements scolaires.

La coordination entre les services pour cette classe d'âge serait facilitée par l'utilisation de logiciels métiers communs dans le respect du secret médical, puis à terme par l'utilisation du carnet de santé numérique. L'école en tant que lieu de vie de l'enfant serait préservée, mais le médecin de santé scolaire serait autorisé à effectuer des soins curatifs ponctuels (par exemple lors des bilans systématiques de 6 ans ou face à des retards de soins) sans attendre de ramener l'enfant et sa famille vers un parcours de soin de droit commun (Maison des 1000 jours et de l'enfant, CMS, exercice libéral, hôpital, CAMSP, PCO, CMP IJ, CMPP...).

- **Revoir l'article 6 de la loi du 8 juillet 2013 : remplacer la « réussite scolaire » par le « bien-être des élèves » comme objectif des actions menées par la médecine scolaire, en plus de la réduction des inégalités en santé.**
- **Faire du médecin scolaire le responsable coordonnateur des actions en santé scolaire.**
- **Repositionner les infirmières de santé scolaire sous l'autorité hiérarchique des médecins scolaires.**
- **Repositionner et former quand nécessaires les psychologues scolaires en recentrant leur mission sur la santé mentale des élèves (repérage, suivi léger, adressage).**
- **Revaloriser financièrement les 3 professions pour accompagner nouvelle organisation et nouvelles missions, et en améliorer l'attractivité.**
- **Ouvrir le nouveau statut de fonction publique commun aux différentes structures de soin en ville (PMI, Centres de santé) et à l'hôpital aux médecins scolaires afin de favoriser exercices mixtes et fluidité dans le suivi de la santé de l'enfant.**
- **Permettre l'accès aux carrières universitaires pour les médecins exerçant des temps partagés auprès des CNU de santé publique/médecine générale/pédiatrie.**



Objectif 3.
Créer un nouveau « Service de santé des élèves »
au bénéfice du bien-être des élèves.

- **Formaliser des conventionnements locaux, établissement par établissement, avec l'ensemble des professionnels de santé du territoire (Maisons des 1000 jours et de l'enfant, hospitaliers, médecins libéraux, infirmières, Maisons des adolescents, centres de santé...), pour assurer le service de santé scolaire sous l'autorité du médecin scolaire. Nécessité d'une formation spécifique préalable et d'un exercice coordonné en équipe.**
- **Permettre aux médecins de santé scolaire de prescrire.**
- **Former les médecins scolaires, les infirmières de santé scolaire et les psychologues scolaires aux différents troubles du neurodéveloppement pour contribuer au repérage et à l'orientation vers les PCO 7-12 ans.**
- **Donner l'accès aux infirmières et médecins scolaires à MonEspaceSanté (psychologues scolaires à envisager).**
- **Réinscrire dans des carrières les infirmières et les médecins de santé scolaire en les transférant au ministère de la Santé et de la prévention.**
- **Faire de la lutte contre le harcèlement scolaire une priorité de santé publique au sein de l'établissement.**
 - **Création de « l'heure partagée » : sacraliser dans tous les établissements, dès la petite section de maternelle et jusqu'à la fin de la Primaire, la dernière heure d'école le vendredi pour la consacrer à un retour partagé entre les enfants sur le déroulement de la semaine sur ses aspects non académiques.**
 - **Mise en pratique des principes en 5 étapes de la méthode suédoise PIKAS dans le cadre de la gestion des cas de harcèlement scolaire.**
- **Création d'un « Passeport Santé & Bien être » en classe de 3ème, nécessaire à l'inscription à la Journée de Citoyenneté ou au SNU.**
- **Faire de l'enfant un acteur de la santé de la population et de sa propre santé : déployer les formation *Kids Save Lives* (premiers secours urgence vitale par les enfants).**



Objectif 4.

Améliorer le parcours de santé de l'enfant tout au long de sa vie.

Le délai pour accéder à un rendez-vous chez un pédiatre est en moyenne de 3 semaines contre 2 jours chez le généraliste¹. Ces différences s'expliquent notamment par la faible densité de pédiatres en France : avec environ 8 500 pédiatres, la France est 22^{ème} sur 31 pays de l'OCDE pour la densité de pédiatres. Les disparités territoriales sont également importantes : 8 départements ont une densité inférieure à 1 pédiatre pour 100 000 habitants. La profession étant par ailleurs vieillissante, la situation s'aggrave. Actuellement, plus de 80% des enfants sont suivis par des médecins généralistes, et le manque de lisibilité et de coordination du parcours de soins se répercute sur la qualité de prise en charge des enfants. Pour garantir l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge des enfants, cette coordination doit être renforcée et reposer sur un médecin traitant. L'augmentation du nombre de professionnels de santé prenant en charge des enfants permettra de garantir l'effectivité de cet accès aux soins.

- **Une gradation des soins clarifiée** : l'offre de soins au bon endroit et au bon moment.
 - **1^{er} recours en accès direct** : Médecin traitant généraliste ou Pédiatre / Maison des 1000 jours et de l'enfant - Santé scolaire / IPDE avec possible consultation de pratique avancée – IDE / Orthophoniste / Kinésithérapeute / Psychomotricien – Ergothérapeute / Diététicien – Consultante en lactation / Dentiste / Assistant médical – Médiateur en santé / Psychologue.
 - **2^e recours** : Pédiatre / CAMPS / CMP-CMPP / Pédopsychiatres / Pédodontiste.
 - **3^e recours** : CH et CHU recours avec services de pédiatrie médico-chirurgicale, unités spécialisées en soins spécifiques, pédopsychiatrie, odontologie pédiatrique, etc.
- **Un parcours de santé facilité pour les parents et les professionnels.**
 - **Généraliser la désignation d'un médecin traitant** (MG/Pédiatre/Maison des 1000 jours et de l'enfant) **identifié dès la période anténatale** à l'occasion d'une consultation pré-natale spécifique à l'enfant.
 - **Développer un outil de pré-diagnostic et d'adressage géolocalisé pour rendre visible l'offre de soin aux familles** (cf. Infokids), réunissant par ailleurs conseils et recommandations consolidés destinés aux parents.
 - **Moderniser les outils à disposition des professionnels de santé d'adressage et de facilitation des liens ville/hôpital** (Répertoire Opérationnel des Ressources...).
 - **Ajouter au cahier des charge des CPTS la mise à jour du Répertoire des ressources par territoire.**

1. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1085-2.pdf>.



Objectif 4.

Améliorer le parcours de santé de l'enfant tout au long de sa vie.

- **Augmenter le taux de réalisation des examens obligatoires clés de l'enfant** (16-18 mois; 3-4 ans; 11/13 ans).
 - **Instaurer un tiers payant obligatoire sur tous les examens obligatoires de l'enfant.**
 - **Revaloriser financièrement les examens obligatoires.**
 - **Réaliser une campagne nationale d'information des parents** sur les examens obligatoires de l'enfant (information personnalisée aux parents).
- **Améliorer l'accès aux professionnels de santé de l'enfant.**
 - **Développer les téléconsultations pédiatriques pour les consultations programmées / de suivi, tout en interdisant certaines téléprescriptions** comme celles d'antibiotiques, de corticoïdes, d'IPP et de psychotropes (renouvellement de traitement possible mais pas de primo prescription).
 - **Réglementer les demandes abusives de certificats médicaux** (certificats de non contagiosité pour les retours en crèche/école par exemple) **et faciliter leur délivrance si légitime sans saturer l'offre de soins** (jours « enfant malade » par exemple).

Ambition 2.

REFAIRE DES URGENCES LE LIEU DE L'URGENCE.

Objectif 1.
Prévenir les passages aux urgences.

Objectif 2.
Réguler les passages aux urgences.

Objectif 3.
Améliorer les conditions de travail et de prise en charge aux urgences pédiatriques.



Objectif 1. Prévenir les passages aux urgences.

Le Président de la République s'est engagé lors de son allocution du 17 avril 2023 à désengorger les urgences d'ici fin 2024. Les urgences pédiatriques, médicales ou chirurgicales, représentent 27% des passages aux urgences, soit plus de 5,5 millions de passages annuels. 85% de ces passages se font dans des établissements publics. Le faible taux d'hospitalisation après passage aux urgences¹ indique qu'une meilleure organisation des soins primaires non programmés est indispensable². Le désengorgement des urgences pédiatriques sera permis par la prévention des épidémies hivernales qui permettra de limiter la demande de soins, ainsi que par le recentrage des urgences sur les seules situations urgentes rendu possible grâce à une meilleure orientation des parents et de leurs enfants, et le développement de solutions alternatives aux urgences hospitalières pour prendre en charge les soins non programmés.

- **Promouvoir des campagnes nationales et régionales d'information grand public :**
 - **Contre les infections hivernales dès septembre 2023**, en particulier pour les nouveau-nés et les nourrissons.
 - **Rappeler les mesures de protection à prendre spécifiquement pendant les 1000 premiers jours** et le bon usage du système de soin (diffusion nationale à visée du grand public de vidéos : quels symptômes nécessitent de consulter mon médecin traitant et dans quel délai ? quand appeler le 15 ? quand amener mon enfant aux urgences ?...).
- **Engager une campagne d'immunisation à grande échelle contre la bronchiolite avec les anticorps monoclonaux (nirsevimab) dès l'automne 2023** avec l'avis favorable de la HAS (19 juillet 2023), puis compléter dès le 3^{ème} trimestre 2024 avec les nouveaux vaccins mis sur le marché.
- **Prévoir un remboursement à 100% pour tous afin d'élargir les campagnes de vaccination et limiter les maladies infectieuses** (anti grippale, rotavirus, méningites HIB, pneumocoque, méningocoque, varicelle...).
- **Développer les consultations en urgence dans les CMP et CMPP**, afin d'éviter l'entrée dans les soins pédopsychiatriques par les urgences pédiatriques ou générales.
- **Augmenter le nombre de médecins participant à la Permanence des soins ambulatoires (PDSA)**, via des mesures incitatives pouvant porter sur différents leviers
 - **Elargissement de la PDSA** (20h-minuit et samedi après-midi et dimanche).
 - **Revalorisation des montants planchers des forfaits** de régulation et d'affectation ou des majorations PDSA dans le cadre conventionnel.
 - **Responsabilisation des médecins par un engagement territorial.**
 - **Extension de la PDSA à d'autres professionnels de santé** (ID, sage-femme).
 - **Solliciter toutes les CPTS pour qu'elles proposent un projet « Santé de l'enfant » comprenant une offre de soin programmée et non programmée, une participation à la continuité des soins ainsi qu'à la permanence de soins ambulatoires.**

1. ORNSP-idf : 91% des passages conduisent à un retour au domicile en 2021 pour la tranche d'âge des 1-15 ans, les 0-1 ans sont deux fois plus souvent hospitalisés que les 1-15 ans.

2. Bronchiolite : bilan de la surveillance hivernale 2020-2021.

<https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/bronchiolite-bilan-de-la-surveillance-hivernale-2020-2021>



Objectif 2. Réguler les passages aux urgences.

- **Développement et mise en place d'un outil de pré-diagnostic digital et d'adressage à l'attention des parents.**

A l'image d'Infokids, application développée par les Hôpitaux Universitaires de Genève destinée aux parents inquiets pour les guider dans l'offre de soin selon les symptômes présentés par leur enfant. Parcours de soins plus lisibles avec des outils de géolocalisation de l'offre de soin disponible tout de suite et de manière différée.

Proposition de mener une expérimentation sur quelques régions françaises afin d'étudier la transposabilité de l'outil mais aussi son impact sur les parcours de soins et le recours aux urgences.

- **Renforcement des compétences pédiatriques des régulateurs du SAS et régulation par des professionnels préalablement formés à la pédiatrie : IDE/Puer, pédiatres, urgentistes ou généralistes...**

- **En journée, le SAS peut, dans les territoires où il est mis en place, favoriser l'accès aux consultations non programmées de médecins généralistes pour les enfants.**

- **Incitation financière à participer à la continuité des soins (8-20h et samedi matin).**
- **A moyen terme, inscription des médecins spécialisés en pédiatrie sur la plateforme numérique, ou interfaçage direct de leur agenda** afin de permettre une prise de rdv directe par le régulateur SAS.

- **Organisation aux Urgences de consultations différées (24h) pour réserver les créneaux du soir ou de la nuit aux seules consultations urgentes.**

- **Accès aux Urgences pédiatriques en nuit profonde sur régulation uniquement : pas d'accès sans appel préalable au 15.**



Objectif 3. Améliorer les conditions de travail et de prise en charge aux urgences pédiatriques.

- **Passer en temps médical continu pour les urgences pédiatriques qui le souhaitent** (pas de différence statutaire entre urgences adultes/enfants).
- **Revaloriser l'indemnité de Permanence des soins en établissement de santé (PDSES).**
- **Ajuster les effectifs des professionnels –médicaux et paramédicaux- au nombre de passage dans les services d'urgence et la lourdeur des soins prodigués.**
- **Renforcer la formation des personnels médicaux et non médicaux des urgences polyvalentes** : formation aux gestes d'urgence, FST UP pour les urgences polyvalentes, etc.
- **Organiser le recours aux urgences somatiques et pédopsychiatriques en 3 niveaux avec les compétences soignantes et le matériel adapté** :
 - Niveau 1 : urgences générales.
 - En capacité d'accueil et de prise en charge initiale de tout enfant en situation aiguë. Formation aux soins d'urgence spécifiques de l'enfant de type EPILS pour tous les personnels médicaux et paramédicaux. Nécessité de référer vers le centre de proximité de niveau 2 ou 3 les enfants suivis pour une affection chronique et dont l'évaluation médicale initiale montre la nécessité d'une prise en charge spécialisée.
 - Niveau 2 : urgences pédiatriques hôpital général.
 - Capacité d'accueil et de prise en charge initiale de tout enfant en situation aiguë dont des enfants suivis pour une affection chronique. Formation aux soins d'urgence spécifiques de l'enfant de type EPILS ou EPALS pour tous les personnels médicaux et paramédicaux et une formation spécialisée pédiatrique (DES de pédiatrie, DIU de réa et urgence pédiatrique, FST urgence pédiatrique ou option réanimation) pour les médecins du centre assurant une activité même partielle aux urgences pédiatriques.
 - Niveau 3 : urgences pédiatriques de CHU adossées à une réanimation, chirurgie et service de radio infantiles.
 - Capacité d'accueil et de prise en charge initiale de tout enfant en situation aiguë dont des enfants suivis pour une affection chronique avec des activités de recours spécialisé régional ou départemental (ex : fibroscopie digestive possible H24, endoscopie bronchique possible H24, chirurgie pédiatrique spécialisée...). Réanimation pédiatrique. Formation idem niveau 2.
- **Développer, quand cela n'existe pas, des filières organisées d'adressage prioritaire pour les enfants atteints de maladies chroniques.**
- **Imposer la présence d'un pédiatre dans chaque Commission d'allocation des ressources pour les urgences (CARU).**

Ambition 3.

LUTTER CONTRE LES PERTES DE CHANCE DES ENFANTS AVEC BESOINS SPÉCIFIQUES.

Objectif 1.

Mieux prendre en charge les enfants souffrant de maladies chroniques ou complexes.

Objectif 2.

Améliorer l'accès aux soins pour les enfants en situation de précarité.

Objectif 3.

Garantir aux enfants protégés une santé égale à celle des enfants de leur âge.

Objectif 4.

Améliorer le repérage précoce et l'accompagnement en santé des enfants victimes de violence.

Objectif 5.

Améliorer l'accès des enfants en situation de handicap aux soins primaires.



Objectif 1.

Mieux prendre en charge les enfants souffrant de maladies chroniques ou complexes.

La prise en charge des enfants atteints de maladies chroniques ou complexes, rares comme fréquentes nécessite un accompagnement pluridisciplinaire et la coordination effective des professionnels de santé. Les parcours de soins de ces enfants doivent prendre en compte les complexités liées à leur âge et aux différentes phases d'acquisition de leur autonomie. Au-delà du renforcement de l'offre de soins hospitalière, les dispositifs permettant un accompagnement et une prise en charge ambulatoire doivent être soutenus et déployés.

Pour mémoire, la mortalité entre 1 et 24 ans a considérablement diminué ces 20 dernières années (en 1990 : 9217 / an dont 881 de cancers, en 2020 : 3474 / an dont 157 de cancers), des progrès ont été obtenus tant en terme de mise à disposition de techniques avancées, du développement d'expertises spécifiques permettant l'apport de techniques médicales et chirurgicales innovantes pour les enfants. Le plan maladies rares mis en place il y a 20 ans, porté par les associations de patients, a permis d'organiser les parcours de prise en charge en reconnaissant l'importance des réseaux entre niveau 1, 2 et 3. A ce jour, 350 000 enfants sont recensés dans le registre maladies rares. Le plan cancer a permis également une meilleure organisation des soins, il concerne environ 1850 enfants et 450 adolescents par an. Ce modèle d'organisation devrait être transposé à l'ensemble des maladies chroniques de l'enfant.

- Adapter les effectifs des services **pédiatriques à la charge en soin, en fonction des caractéristiques des enfants pris en charge dans l'unité** (ratio 1 IDE/IPDE pour 5 enfants dans les services ou des besoins en soins lourds (maladies chroniques, chirurgie infantile...)).
 - **Structurer et renforcer les spécialités de la pédiatrie** : définir pour chaque région une gradation de soins, et notamment des soins techniques, par spécialité et définir en lien avec les sociétés savantes les effectifs nécessaires pour garantir l'accès effectif aux soins et réduire les délais d'attente.
 - **Recruter des pédiatres et des soignants ayant des compétences pour le suivi des pathologies chroniques** notamment pour les pathologies fréquentes :
 - reconnaissance des options des spécialités de la pédiatrie;
 - formation et embauche des IPA (en permettant à une IPA d'être formées à plusieurs spécialités);
 - valorisation des soins pédiatriques y compris en CCMR permettant l'embauche de nouveaux professionnels via le nouveau mode de financement des hôpitaux;
 - structuration et identification de moyens dédiés à la prise en charge des maladies chroniques de l'enfant sur le modèle des maladies rares.
- **Sanctuariser le nombre de lits de soins critiques et de réanimation pédiatrique avec du personnel formé et dédié disponibles toute l'année** (permettre en période épidémique la prise en charge des enfants admis via les urgences mais aussi des malades chroniques décompensés et des patients en post opératoires de chirurgies lourdes sans déprogrammation ni perte de chance: oncologie par exemple).
- **Systématiser la rédaction de certificats d'urgence par les spécialistes qui suivent l'enfant à destination des urgentistes qui le prennent en charge.**
- **Développer les équipes mobiles, intra et extra-hospitalières, unités de soins palliatifs** dans le cadre de la future stratégie relative aux soins palliatifs.



Objectif 1.

Mieux prendre en charge les enfants souffrant de maladies chroniques ou complexes.

- **Développer l'activité d'Hospitalisation à domicile (HAD) au bénéfice des enfants**, à l'appui de la feuille de route HAD 2021-2026.
- **Développer l'offre soin ambulatoire pour améliorer la prise en charge des enfants et réduire les délais d'attente** (CAMSP, CMP, CMPP, etc.).
- **Structurer la transition entre la prise en charge en pédiatrie et les services d'adultes.**
- **Faciliter les liens ville hôpital** (annuaire hospitalier actualisé, Répertoire Opérationnel des Ressources).
- **Créer un véritable statut de parents aidants d'enfants gravement malades.**
 - Au moment du diagnostic :
 - **Déclaration simple dès la pose du diagnostic** : envoi d'un certificat médical simplifié justifiant le statut.
 - **Congé immédiat de 5 jours au moment du diagnostic.**
 - **Déclenchement immédiat des aides possibles selon le statut des parents** (AJPP, AEEH, carte handicapé, etc.).
 - **Obtention immédiate des remboursements des frais induits par la maladie** (transport, reste à charge...).
 - **Suspension du contrat de travail et protection contre le licenciement.**
 - **Possibilité automatique d'aménagement du temps de travail** (horaires adaptés ou télétravail).
 - **Prise en compte des besoins de la fratrie** : prise en charge du soutien psychologique, information de l'établissement scolaire (dans le respect du secret médical).
 - **Prise en charge de l'hébergement des parents par l'établissement de santé en cas d'éloignement du domicile.**
 - À la fin des traitements :
 - **Déclaration simple de fin de traitement.**
 - **Recouvrement des conditions d'emploi acquises au moment du diagnostic** si celles-ci avaient été dégradées (poste, salaire, etc.).
 - **En cas de décès de l'enfant** : déclenchement du congés pour deuil et du soutien sans nouvelles procédures.
 - Dans les relations avec les banques et les assurances :
 - **Possibilité automatique de suspendre le remboursement de prêt.**
 - **Préservation des moyens de paiement et autorisation de découvert élargie.**
 - **Protection des familles locataires contre l'expulsion** (ou fin de bail) par les bailleurs pour loyers impayés.
 - Pour améliorer la scolarisation des enfants :
 - **Temps parental spécifique pour gérer la reprise de la scolarité et les temps scolaires non compatibles avec la maladie ou ses conséquences.**

Nota : Les maladies rares ne doivent pas être oubliées dans l'organisation des parcours et la gradation des soins en pédiatrie sachant que 75% des 6 à 8 000 maladies rares débutent chez l'enfant. Les enfants porteurs d'une maladie rare devraient avoir accès au centre de référence maladies rares et les niveaux de recours doivent être respectés, ce qui conditionne l'accès à l'information et aux innovations thérapeutiques. **Dans le prochain plan national maladies rares 4 (PNMR4), des mesures seront proposées visant à renforcer les articulations, sur les territoires, entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux en lien avec les filières de santé maladies rares, avec les centres de référence maladies rares et les centres de compétence maladies rares.** La connaissance du réseau maladies rares pour les intervenants de proximité est extrêmement importante dans le suivi pluridisciplinaire des enfants, permettant un parcours de soins anticipé et gradué. Créer des unités de soins pédiatriques renforcées avec des infirmières formées à des soins spécifiques, différente d'une unité de pédiatrie courante, seraient une piste concrète remontée pour le prochain PNMR4.



Objectif 2.

Améliorer l'accès aux soins pour les enfants en situation de précarité.

Un tiers des personnes pauvres sont des enfants alors qu'ils ne représentent qu'un cinquième de la population. Cette précarité concerne ainsi près de 3 millions d'enfants, en augmentation ces dernières années. Parmi eux, près de 80 000 enfants sont sans domicile ou vivent en habitat précaire, avec des conséquences néfastes en matière de scolarisation, de santé et d'insertion à terme dans la société. Le lien entre vulnérabilité sociale et mauvaise santé des enfants est avéré dans plusieurs domaines tels que la santé bucco-dentaire, les troubles visuels, la dénutrition, l'obésité ou les troubles du comportement, exigeant de mener des actions ciblées en faveur de ces enfants pour éviter qu'ils ne cumulent une perte de chance supplémentaire.

- **Réaliser une étude épidémiologique actualisée sur la santé des enfants en situation de précarité** afin d'estimer les besoins et de déterminer les freins à l'accès aux soins et à leur prise en charge.
- **« Zéro enfant dormant dans la rue » : plan spécifique pour sortir les enfants de la rue et de l'hébergement d'urgence**, facteur majeur d'aggravation de la santé globale des enfants et barrière à l'accès au système de santé.
- **Développer « l'aller vers ».**
 - **Création de 100 médiateurs en santé dans les 20 départements prioritaires.**
 - **Développer les Pass ville / mobile** en travaillant avec les élus locaux pour leur déploiement.
 - **Développer des PASS mère-enfant pour prendre en charge les enfants de familles très démunies / sans droits ouverts.** La prise en charge des enfants en attente de visa sur les départements et territoires ultra marin comme en métropole) doit être facilitée en urgence sur le plan administratif.
 - **Mettre en place et renforcer un système d'alerte aux parents pour rappeler des rendez-vous médicaux obligatoires**, dès les 1000 premiers jours de leur enfant (via Mon Espace santé et/ou Ameli et avec une solution pour les familles sans accès à ces comptes), et des **alertes en direction du médecin traitant, des Maisons des 1000 jours et de l'Enfant** ainsi que de la santé scolaire en cas d'enfant muet en consommation de soins.
 - **Rendre systématiquement accessibles les supports nationaux d'information à destination des parents à faible niveau de littératie en français / allophones :** documents traduits, recours au FALC, financement de services d'interprétariat professionnel, etc.



Objectif 2.

Améliorer l'accès aux soins pour les enfants en situation de précarité.

▪ Améliorer la santé des enfants en grande précarité.

- **Augmentation du nombre d'élèves en classes de CP en zone prioritaire bénéficiant du suivi personnalisé MT dents** (65 000 élèves en 2021 à 80 000 en 2026).
- **Augmentation du nombre d'élèves en classes de CP en zone prioritaire bénéficiant des séances d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire à l'école primaire** (programme « *Avant manger je me lave les mains, après manger je me lave les dents* »).
- **Renforcer dans les QPV le dispositif de prévention et de dépistage en milieu scolaire** (troubles visuels, du langage et de la communication, du rachis) par l'assurance maladie en vue d'une généralisation en 2026.
- **Poursuivre et amplifier le dispositif des petits déjeuners gratuits à l'école.**
- **Poursuivre le soutien aux restaurations collectives et à la Cantine à 1€.**

▪ Agir sur les déterminants en santé.

- **Déployer le programme ICAPS** (Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité) **au bénéfice des jeunes en précarité de 6 à 17 ans.**
 - **Développer les compétences psycho-sociales chez les enfants et les jeunes en situation de précarité.**
 - **Développer la littératie en santé des familles les plus précaires pour améliorer leur connaissance des enjeux de santé, notamment liés à l'habitat** (insalubrité, accidents domestiques... sur le modèle des *life skills*).
 - **Élargir les Contrats locaux de santé à des acteurs hors du champ sanitaire pour appréhender les problématiques en santé globale** (Fondation Abbé Pierre sur les problématiques logements par exemple).
-
- **Déployer des projets pédagogiques périscolaires pour diminuer les inégalités sociales en santé en période de vacances scolaires quand les écoles sont fermées.**



Objectif 2.

Améliorer l'accès aux soins pour les enfants en situation de précarité.

▪ ...dès les 1000 premiers jours.

- **Généraliser les Lits Haltes Soins Santé pédiatriques** dans tous les territoires en besoin.
- **Soutenir les initiatives locales de prise de contact personnalisée et directe avec les femmes enceintes dès le début de grossesse.**
- **Renforcer l'accompagnement des femmes vulnérables en pré et postpartum à partir des enseignements de l'expérimentation du Référent Parcours Périnatalité.**
- **Soutenir les programmes d'accompagnement à domicile en période périnatale, notamment par les Maisons des 1000 jours et de l'enfant.**
- **Financer une offre d'alimentation infantile (lait) dans les lieux de distribution d'aide alimentaire et soutenir le programme MALIN au niveau national et territorial.**
- **Déployer, en lien avec les associations d'aide alimentaire et les projets alimentaires territoriaux, un programme national d'accompagnement et de soutien aux parents de jeunes enfants en situation de précarité.**



Objectif 3. Garantir aux enfants protégés une santé égale à celle des enfants de leur âge.

En France, 311 000 mineurs sont suivis en protection de l'enfance. Ces mineurs protégés constituent une population particulièrement vulnérable, présentant des caractéristiques et des besoins spécifiques. Leur santé peut être impactée tout au long de leur vie par des négligences, violences et expériences négatives subies durant l'enfance. Les situations de handicap sont surreprésentées. Plusieurs travaux ont montré des carences graves dans la prise en compte de leurs besoins en santé globale (notamment Observatoire National de Protection de l'Enfance, *La santé des enfants protégés* », seizième rapport au gouvernement et au Parlement, juillet 2022). La loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants prévoit la formalisation d'un parcours de soins et l'élaboration d'un rapport concernant la situation de l'enfant transmis annuellement au juge des enfants comportant un bilan pédiatrique, psychique et social de celui-ci. Seul un tiers des mineurs en protection de l'enfance bénéficierait d'un bilan de santé à l'entrée dans le dispositif. Au regard de ces constats, il est nécessaire d'améliorer la santé globale des enfants et des adolescents accompagnés en protection de l'enfance, y compris en santé mentale, dans une logique de réseaux de professionnels ville-hôpital.

- **Généraliser l'expérimentation (article 51) « Santé protégée »** à l'ensemble des enfants de l'aide sociale à l'enfance, en y adjoignant un volet santé mentale spécifique.
- **Systématiser l'utilisation du carnet de santé numérique** pour garantir le suivi des enfants protégés (vaccinations, croissance,...).
- **Renforcer le bilan psy systématique à l'entrée dans le parcours** de protection de l'enfance, et **prioriser les soins de santé mentale des enfants confiés** pour éviter de n'intervenir qu'au stade des crises.
- **Instaurer un bilan psy systématique pour les mineurs non accompagnés avant même l'enclenchement de la procédure administrative.**
- Dégager de nouveaux financements pour développer les **Equipes Mobiles Intersectorielles des Enfants Confiés EMI-ECO.**
- **Désigner systématiquement une référence stable de secteur pédopsychiatrique (premier secteur soignant l'enfant) pour tout enfant protégé qui le nécessite.**
- **Consolider les accueils familiaux thérapeutiques comme offre d'alternatives à l'hospitalisation.**
- **Formation spécifique des assistantes maternelles et familles d'accueil pour s'occuper des enfants maltraités porteurs de maladies chroniques ou en situation de handicap**, aujourd'hui placés par défaut en institut médico éducatif (IME) ou soins de suite et de réadaptation (SSR) ou encore établissement pour enfants et adultes polyhandicapés (EEAP) comme lieu de vie.



Objectif 3.
Garantir aux enfants protégés une santé égale
à celle des enfants de leur âge.

- **Soutenir la mise en œuvre des orientations nationales promotrice de santé 2023-2027 de la DPJJ**, notamment : évaluer de manière scientifique et pérenne l'état de santé de ces jeunes ; accompagnement à l'arrêt du tabac ; actions de prévention du suicide ; sécurité et accès aux médicaments.
- **Former les travailleurs sociaux et en particulier les professionnels de l'Aide sociale à l'enfance au repérage des TND.**

Afin d'éviter la confusion entre autisme/TDAH/trouble Dys et maltraitance. Et de leur permettre par ailleurs d'activer les ressources mises à leur disposition, notamment l'annuaire des médecins référents TSA-TDAH-troubles Dys mobilisable par la CRIP en cas de suspicion de TND ou de diagnostic à confirmer. Prévoir des temps de supervision par un médecin et un psychologue pour être guidés dans ce repérage.
- **Engager un plan de repérage/diagnostic/accompagnement adapté des enfants TND actuellement accueillis dans les établissements de la protection de l'enfance mais non diagnostiqués**, en étroite collaboration avec les départements.
- **Garantir des accompagnements adaptés aux enfants autistes, TDAH, TDI, Dys accueillis dans les établissements de la protection de l'enfance.**



Objectif 4. Améliorer le repérage précoce et l'accompagnement en santé des enfants victimes de violence.

Comme le rappelle l'OMS en 2016, « la violence à l'égard des enfants est un problème de santé publique, de droits humains et de société, avec des conséquences potentiellement dévastatrices et coûteuses ». En France, il est estimé que ce sont, chaque année, plus de 130 000 filles et 35 000 garçons qui subissent des viols ou des tentatives de viols, et que 140 000 enfants sont exposés à des violences conjugales au sein de leur foyer. Pour ces enfants victimes de violences, le risque de développer des troubles psycho-traumatiques est de plus de 60 % et il s'élève à plus de 80 % quand il s'agit de violences sexuelles. La prise en charge de ces enfants victimes de violence, qu'elles soient psychologiques, physiques ou sexuelles, constitue un enjeu de santé publique majeur : dans la continuité du Plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2019-2022, des mesures déjà initiées doivent être amplifiées, d'autres doivent être engagées, s'agissant en particulier de la prévention et du repérage de ces violences, de leur connaissance, et de la prise en charge en soins des enfants victimes.

- **Mieux repérer toutes les formes de violences subies.**
 - Généraliser le repérage des violences à l'occasion des 3 bilans de santé scolaire (médecin, IDE et si besoin psychologue).
 - Renforcer la formation initiale et continue par les UAPED de l'ensemble des professionnels de santé à la détection des violences (clinique de la violence).
 - Systématiser le financement et la présence de 0,5 ETP de médecin légiste dans les UAPED.
- **Amplifier la sensibilisation de la société à l'interdiction des violences éducatives ordinaires (VEO).**
 - Mener et/ou soutenir des campagne d'information grand public sur les VEO en media et hors-media (cf. campagne sur les bouteilles de Lait en Suède).
 - Sensibilisation à la loi de 2019 (et du décret du 31 août 2021) dans les outils 1000 premiers jours, les carnets de santé et carnets de grossesse, et affichage dans tous les lieux qui accueillent des enfants (PMI, écoles, etc.).
 - Prévention en *ante* et *post* natal par les infirmières-puéricultrices.
 - Intégration de la thématique des violences éducatives ordinaires à la formation initiale et continue de tous les professionnels de l'enfance au-delà des seuls professionnels de santé (travail social, enseignement, paramédical, etc.).
 - Intégration dans les règlements intérieurs et les projets pédagogiques des établissements accueillant les jeunes enfants et les enfants un référentiel national sur les violences éducatives ordinaires.
 - Extension de la loi à toute forme d'autorité (sport, école...).



Objectif 4.
Améliorer le repérage précoce et l'accompagnement en santé des enfants victimes de violence.

- **Poursuivre la lutte contre le Syndrome du bébé secoué (SBS).**
 - **Poursuite régulière des campagnes de sensibilisation auprès du grand public** (média et outils 1000 jours), **comprenant une déclinaison spécifiquement ciblée sur les pères.**
 - **Formation des professionnels de santé en périnatalité et des professionnels de la petite enfance.**
 - **Prévention systématique et obligatoire auprès de tous les parents de nouveau-nés** à la maternité, à l'occasion de l'entretien post-natal obligatoire, et au travers de tous les canaux de communication à leur attention (sac des 1000 premiers jours, Maison des 1000 jours et de l'enfant, outils CAF et CNAM, etc).
 - **Désignation dans chaque maternité et dans chaque Maison des 1000 jours et de l'enfant d'un Référent maltraitance** pour garantir la diffusion de cette prévention, notamment auprès des publics à risque.
 - **Structurer un parcours médical et social pour les enfants porteurs de séquelles et handicap ou polyhandicap.**
- **Elaborer le 2^e Plan national de lutte contre la prostitution des mineurs pour poursuivre et amplifier la dynamique initiée en novembre 2021.**
 - **Dégager de nouveaux moyens financiers** (pour mémoire : 14Me dégagés pour l'année 2022).
 - **Renforcer la prévention et la protection de façon ciblée** : mineurs avec un parcours traumatique et/ou de négligences graves, enfants en protection de l'enfance, etc.).
 - **Poursuivre le financement et le soutien de dispositifs innovants à la fois « d'aller vers » et d'accueil des mineurs en situation prostitutionnelle.**
 - **Mieux formaliser l'accueil des mineurs en situation de prostitution dans les UAPED** en lien avec les services de pédiatrie, les maisons des adolescents, etc., **et l'accès aux soins coordonnés, intégrés et protégés** (modèle Santé Protégée).



Objectif 4.
Améliorer le repérage précoce et l'accompagnement en santé
des enfants victimes de violence.

- **Systématiser un vrai parcours de soins spécifique en pédiatrie pour les enfants victimes.**
 - Généralisation des UAPED : objectif de 184 UAPED financées fin 2024.
 - Renforcement des EPRED : deux par région, intégrant des spécialistes de la pédopsychiatrie.
 - Identifier des filières enfants spécifiques dans les Centres de psycho-trauma, les développer et y sanctuariser des moyens dédiés spécifiquement aux enfants et adolescents. Organiser le conventionnement avec les UAPED du bassin de vie.
 - Développer des parcours de soins spécifiques pour les mineurs auteurs de violences sexuelles par le renforçant les liens entre UAPED et CRIAVS.
- **Améliorer nos connaissances et l'enseignement de la clinique de la violence.**
 - Créer un registre des décès avec analyse en temps réel des causes de décès chez l'enfant (sur le modèle britannique), pour une veille réactive et des mesures préventives. Mettre le registre en lien avec la grande cohorte de naissances en cours de création.
 - Créer un registre épidémiologique permettant un suivi des enfants victimes de violence.
 - Prévoir des moyens fléchés pour construire des parcours hospitalo-universitaires (allocations doctorales, postes d'interface...).
 - Créer une « chaire universitaire Adolescents et enfants en danger » (formation/enseignement/recherche).

Pour faciliter les travaux de recherche, la mise en lien des pôles santé des universités regroupant les UFR en lien avec la santé avec les autres UFR et écoles de leur ressort (droit, sciences sociales, psychologie, sciences de l'éducation, ENM, école de travail social...) permettrait de réunir un collectif d'enseignants en capacité de mener et de coordonner des travaux scientifiques. Ces travaux pourraient ainsi être décloisonnés et porter sur l'ensemble des aspects de cette thématique, de la prévention primaire, puis le repérage, jusqu'à l'évaluation de l'efficacité des prises en charge sur tous ces aspects (arrêt des violences, santé globale de l'enfant, réparation judiciaire...).

La mise en place d'une « chaire d'enseignement-recherche enfants et adolescents en danger » est une opportunité pour croiser les projets de recherche et les mener à bien, saisir les opportunités de collaboration et de complémentarité des équipes de recherche. Les Équipes pédiatriques régionales de références enfance en danger (EPRRED) pourraient être les correspondants privilégiés de cette instance.
 - Création d'un DIU ou d'une option « Enfant en danger », ouvert aux médecins généralistes, pédiatres et pédopsychiatres.



Objectif 5. Améliorer l'accès des enfants en situation de handicap aux soins primaires.

Le sujet de la santé des enfants en situation de handicap ne se limite pas aux seules pathologies à l'origine de leur situation : la question de l'accès aux soins primaires de ces enfants constitue en effet un angle mort des politiques publiques qui donne lieu à insuffisamment de réponses.

Il est souvent avancé par les associations de personnes que le défaut d'accessibilité de ces soins –bâtiments inadaptés, professionnels non formés...- conduit à près de 50% de renoncement de soins.

Même si chaque pathologie est singulière, certains soins s'avèrent particulièrement concernées. Une étude réalisée en 2017 a ainsi montré que seules 58 % des femmes en situation de handicap ont accès à un suivi gynécologique régulier, contre 77 % dans la population générale. Un rapport de la DREES pointe la santé orale : « *[les personnes en situation de handicap] déclarent plus fréquemment avoir renoncé à voir un dentiste alors qu'elles avaient besoin de soins : 12% d'entre elles contre 8% dans l'ensemble de la population* »¹.

Si la santé a fait l'objet de quelques annonces à l'occasion de la dernière Conférence nationale du handicap, et que ce sujet se niche par ailleurs au cœur du projet de l'Ecole inclusive avec l'ancrage de plateaux techniques en santé au cœur des établissements scolaires, les Assises de la santé de l'enfant ont ainsi souhaité mettre l'accent sur cette question du défaut d'accès aux soins primaires pour les enfants en situation de handicap.

Dans l'attente des annonces dans le cadre de la future stratégie TSA/TND, les Assises développent également quelques propositions spécifiques à ces troubles.

▪ **Mettre fin aux renoncements aux soins primaires des enfants en situation de handicap.**

- **Permettre aux enfants en situation de handicap un suivi pédiatrique par des professionnels formés spécifiquement à la prise en charge du handicap.**
 - **Formations spécifique initiale puis en continu (FMC) des professionnels à la pédiatrie ambulatoire avec prise en charge du handicap et de la maladie chronique.**
- **Revaloriser les consultations pour les enfants en situation de handicap.**
- **Rembourser les prises en charge en libéral des psychomotriciens, des ergothérapeutes et psychologues cliniciens via un conventionnement avec l'Assurance maladie.**
- **Soutenir la création et le financement des dispositifs pluridisciplinaires dédiés aux personnes en situation de handicap (type « Handiconsult »).**
- **Faire la promotion auprès de l'ensemble des professionnels de santé d'handiconnect.fr** notamment, ainsi que des ressources disponibles **auprès des parents (SantéBD par ex.).**
- **Généraliser le dispositif Handigynéco, et sécuriser financièrement les centres de ressources vie intime, affective et sexuelle (Intimagir)² ainsi que les Services d'accompagnement à la parentalité des personnes handicapées (SAPPH) de manière effective.**

1. « *Comment vivent les personnes handicapées, les conditions de vie des personnes déclarant de fortes restrictions d'activité* » (dossier DREES n°75 – février 2021), <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/DD75.pdf>

2. Mesure annoncée lors de la Conférence Nationale du Handicap (CNH) le 26 avril 2023.



Objectif 5.
Améliorer l'accès des enfants en situation de handicap aux soins primaires.

- **Améliorer l'évaluation et le diagnostic des possibles altérations des fonctions visuelles et auditives**, et mieux préciser ce qui relève du retard d'acquisition et ce qui relève de la déficience intellectuelle ou de troubles somatiques améliorables pour adapter le traitement.

- **Améliorer la santé orale des enfants en situation de handicap.**
 - **Dans les établissements et services médico-sociaux.**
 - **Dépistage bucco-dentaires systématique à l'entrée en ESMS et dépistage des troubles de la mastication et de la déglutition** par un orthophoniste ou un chirurgien-dentiste formé.
 - **Suivi annuel et élaboration de protocoles d'hygiène individualisés.**
 - **Désignation et formation de référents en santé orale** dans chaque établissement.

 - **Améliorer l'accès aux droits et diminuer le reste à charge.**
 - **Reconnaitre le 100% ALD** pour les soins dentaires de toute personne référée à un dentiste, un hôpital ou un réseau de coordination suite à un échec de prise en charge en milieu ordinaire du fait d'une situation de handicap, quelle que soit l'origine de l'échec.
 - **Assurer l'effectivité de la prise en charge à 100% des adaptations de la tarification actée dans l'avenant N°3 de la convention des chirurgiens-dentistes**, aujourd'hui non appliquée sur l'ensemble du territoire.

 - **Qualité des soins et accessibilité universelle aux lieux de prévention et de soins.**
 - **Systématiser et financer les adaptations de la communication** (outils en FALC, boucle magnétique, interprétariat en LSF, assistants de communication...), **ainsi que les visites d'habituation** (consultations blanches).
 - **Intégrer systématiquement le transport, les équipements, et les services dans le parcours de soins.**
 - **Financer de manière pérenne des réseaux de coordination et de prévention en santé bucco-dentaire** (type « Handident »).
 - **Mettre en place de solutions mobiles** pour améliorer l'accès aux soins à proximité des lieux de vie des personnes les plus vulnérables (bus dentaires par exemple), en allant jusqu'au dépistage au lit du patient.

 - **Développer et pérenniser l'usage des solutions numériques en santé.**
 - **Tarifier les actes de télé médecine bucco-dentaire** selon le référentiel des 5 actes de télé médecine, en priorisant la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance et la régulation.
 - **Permettre l'accès aux outils de télésanté développés en région** avec le soutien des Groupement Régional d'Appui au Développement de la E-Santé (GRADES)
 - **Mettre en place un programme d'accompagnement au numérique** pour les professionnels de la santé orale, les professionnels médico-sociaux et les proches aidants.
 - **Intégrer l'ensemble de ces évolutions dans l'espace numérique en santé.**



Objectif 5.
Améliorer l'accès des enfants en situation de handicap aux soins primaires.

- **Améliorer encore l'accompagnement des enfants avec un Trouble du spectre de l'autisme ou troubles du Neuro-développement, et de leur famille.**
 - **Insérer le livret de repérage des TND dans le carnet de santé** (version numérique et papier) de chaque enfant.
 - **Systématiser et revaloriser l'examen des 18 mois** afin de permettre au médecin un examen complet, notamment pour repérer les écarts inhabituels de développement.
 - **Réingénierie des maquettes de formation initiale des professionnels pour mieux intégrer le développement de l'enfant et le repérage des TND** (IPDE, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthophonistes...) et renforcement de la formation des professionnels en particulier **dans les CMP, CMPP, CAMSP**.
 - **Faire respecter les recommandations de bonnes pratiques de la Haute autorité de santé par les CMP, CMPP et CAMSP :**
 - **Mise en place d'enveloppes de formation** des professionnels dans ces structures et dédiés spécifiquement à ces questions afin d'améliorer la trajectoire développementale des enfants.
 - **Affichage des compétences détenues** en matière d'autisme, TDAH, troubles Dys et TDI par les CAMSP, CMP, CMPP.
 - **Renforcer les moyens** en quantité et qualité suffisantes des CMP pour leur permettre de suivre les recommandations HAS en matière de TND (obligation).
 - **Engager un plan de repérage/diagnostic/accompagnements adaptés dans les ITEP, IME, EAAP, MECS** pour garantir des interventions de qualité.
 - **Poursuivre les actions de formation des MDPH aux différents TND** pour garantir l'accès aux droits.
 - **Garantir des interventions en urgence pour les diagnostics tardifs de TND** (13 ans et plus).
- **Rebaser les centres d'action médicale précoce CAMSP et CMPP : +86M€ sur 2024/2025.**
- **Renforcer les Centres Référents des Troubles du Langage et des Apprentissages** (handicap invisible), fortement affectés par une MIG historiquement sous calibrée, et des expertises relatives au trouble du développement intellectuel (filrière Défiscience).

Ambition 4.

FAIRE DE LA SANTÉ MENTALE DE NOS ENFANTS UNE GRANDE CAUSE NATIONALE.

Objectif 1.

Améliorer la prévention en santé mentale.

Objectif 2.

Promouvoir une dynamique de coopération élargie du secteur avec ses partenaires.

Objectif 3.

Revaloriser les professionnels et renforcer massivement l'offre de soins.

Objectif 4.

Renforcer la coordination des actions au plan national.



Objectif 1. Améliorer la prévention en santé mentale.

La santé mentale des jeunes s'est fortement dégradée au cours de la crise COVID¹, se traduisant notamment par une augmentation des passages aux urgences pour geste suicidaire, idées suicidaires et troubles de l'humeur chez les enfants de 11-17 ans. Par la suite, la santé mentale des jeunes n'a pas retrouvé son niveau d'avant crise : si les passages aux urgences pour troubles de l'humeur tendent à retrouver des niveaux comparables à ceux des années antérieures, ceux relatifs aux idées et gestes suicidaires restent à des niveaux nettement supérieurs. Face à cette dégradation globale de la santé mentale des jeunes, le repérage précoce et systématique doit être organisé afin que tous les enfants puissent bénéficier d'une prise en charge adaptée dès les premiers signes de détresse psychique.

▪ **Sensibiliser et élever le niveau général de compétences en santé mentale.**

- **Développer les compétences psycho-sociales des familles** pour améliorer leur connaissance des enjeux de santé.
- **Mener une campagne de sensibilisation et d'outillage des parents pour repérer les signes de détresse psychique de leur enfant** (cf. Clepsy).
- **Généraliser les premiers secours en santé mentale** (PSSM), notamment auprès des enseignants.
- **Élaborer des programmes de gestion du stress à destination des adolescents.**

▪ **Repérer précocement et systématiquement.**

- **Création d'un bilan de santé mentale pour tous les enfants à l'entrée au collège**, réalisé par le psychologue scolaire formé, par un libéral via le conventionnement local et/ou par les psychologues participant à Monpsy.
- **Sensibiliser et accompagner les professionnels de santé au repérage des situations psychologiques pouvant prédisposer aux addictions.**

1. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/impact-de-la-pandemie-covid-19-sur-la-sante-mentale-des-francais.-le-dossier-de-la-sante-en-action-n-461-septembre-2022>



Objectif 1.
Améliorer la prévention en santé mentale.

- **Renforcer le rôle des Maisons des Adolescents (MDA).**
 - **Systématiser la présence d'un pédiatre dans les MDA.**
 - **Créer des MDA mobiles / des antennes pour couvrir les zones rurales.**
 - **Faire des MDA un acteur à part entière du nouveau Service de santé des élèves.**
- **Endiguer la hausse des tentatives de suicide, en direction des jeunes filles en particulier.**
 - **Promouvoir l'information autour du numéro national de prévention du suicide (3114) et des lignes d'écoute associatives** dédiées aux jeunes (Fil santé jeunes, Nightline).
 - **Mettre en place un tchat adossé à la ligne 3114**, afin de renforcer l'accessibilité des jeunes à ce service, et notamment des jeunes en situation de handicap (sur le modèle de ce qu'a mis en place l'association *En avant toutes* sur les violences au sein du couple).
 - **Mener une campagne nationale de prévention du suicide et de formation grand public aux gestes qui sauvent.**
 - **Former les équipes du 3114 au TSA et aux TDAH au regard des risques suicidaires élevés de ces publics.**
- **Adopter des mesures spécifiques dédiées aux troubles du comportement alimentaire (TCA), dont l'incidence a très fortement augmenté depuis la période COVID.**
 - **Améliorer la qualité de la formation** de tous les niveaux.
 - **Améliorer l'accès aux soins pour niveau 2** (CMP généralistes, AAP niveau 2, doublement CS en libéral pédopsy) afin de doubler capacité d'accueil en 10 ans,
 - **Construire une offre de soins spécialisée sur chaque territoire (niveau 3) en ambulatoire et en hospitalisation**, en collaboration avec la médecine somatique (pédiatres en première ligne, mais aussi les médecins généralistes).



Objectif 2.

Promouvoir une dynamique de coopération élargie du secteur avec ses partenaires.

Le travail de coordination et de coopération est particulièrement crucial en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. En effet, les nourrissons, enfants et adolescents troublés sur le plan psychique sont particulièrement réceptifs à la façon dont les professionnels se coordonnent concrètement autour d'eux. Cette dynamique qui structure les parcours de soins est en elle-même une composante du soin puisqu'elle le potentialise.

- **Remettre au cœur du système de soin en santé mentale de l'enfant une dynamique de coopération de proximité, ouverte et élargie à tous les acteurs de la santé de l'enfant** (santé mentale, somatique, Education nationale, social, médico-social, etc.) :
 - **Élaborer d'une charte nationale de bonne pratique** en matière de coopération élargie en santé mentale de l'enfant.
 - **Inclure dans le cahier des charges de toute nouvelle structure** en santé mentale de l'enfant la participation active à cette dynamique de coopération élargie.
 - **Promouvoir une politique de conventionnement entre les acteurs en santé mentale et leurs partenaires** (ASE, IME, etc.) de la prévention aux soins pour en finir avec les cloisonnements nuisant aux parcours de soin.
 - **Établir un calendrier annuel des rencontres des acteurs** de la dynamique de coopération élargie du secteur et de ses partenaires (une fois par an au minimum).
- **Rendre lisible l'organisation de la prévention et des soins en santé mentale.**
 - **Par l'élaboration systématique d'un Schéma d'organisation des parcours de soins en santé mentale par le secteur et ses partenaires**, sous la responsabilité des ARS, à l'échelle du bassin de vie de l'enfant.
 - **Par la clarification dans ce schéma :**
 - **des portes d'entrée dans ce schéma d'organisation**, en particulier celles des CMP et CMPP suivant un cahier des charges;
 - **des différents niveaux de recours**, en particulier celui de l'urgence ;
 - **des modalités de coordination** et de passage des structures enfants-adolescents aux structures adultes.
 - Organiser des **Journées de stage « découverte » en CMP, CMPP, MDA** pour les futurs médecins généralistes et pédiatres.
 - **Engager les familles et usagers à participer à l'élaboration de ces schémas d'organisation** des parcours pour en garantir la lisibilité.



Objectif 2.

Promouvoir une dynamique de coopération élargie du secteur avec ses partenaires.

- **Améliorer en pratique et en urgence l'organisation des soins urgents dès 2023.**
 - **Imposer l'organisation des prises en charge aux urgences et en hospitalisation des moins de 16 ans** (18 ans selon les possibilités) pour motif en lien avec la santé mentale :
 - **Présence d'équipes dédiées au sein même des urgences pédiatriques** : dans un format « consultation non programmée », pédopsychiatres seniors (hospitaliers ou astreinte territoriale) encadrant des internes de pédopsychiatrie et IDE de psychiatrie.
 - **Organisation de consultations post urgences** en attente de relai par structures d'aval (CMP), le temps que les niveau 2 soient renforcés.
 - En cas de besoin d'hospitalisation (20 à 30% des cas environ), **identifier au sein de chaque service de pédiatrie/adolescents des secteurs dédiés à la santé mentale renforcés de compétences adaptées (médicales et non médicales)**, et y développer la pédopsychiatrie de liaison.
 - **Systématisation d'un Schéma territorial de réponse d'urgence pédopsychiatrique** dans chaque territoire sous la responsabilité de l'ARS : définition de capacités d'accueil en soins non programmés dans chaque secteur, en CMP et en hospitalisation, création de « places d'urgence » disponibles H24/7.
- **Rénover et moderniser la politique de secteur pour ancrer la dynamique de coopération élargie du secteur avec ses partenaires au service de parcours gradués et coordonnés.**
 - **Repositionner clairement l'ambulatoire de la pédopsychiatrie généraliste** (niveau 2 en santé mentale : CMP, CMPP...) **comme l'acteur central des parcours de santé mentale** tout en lui donnant les moyens de ses missions (TND et troubles psycho-affectifs non TND), en suivant les recommandations de bonnes pratiques, et selon un cahier des charges proposant à la fois :
 - un dispositif d'accès rapide pour une première évaluation, des soins brefs ;
 - un dispositif d'évaluation approfondie, de suivi plus long et de coordination du parcours avec les partenaires ;
 - des propositions thérapeutiques d'aller-vers, et d'appui pour le niveau 1 du repérage, de la prévention, et des premiers soins ;
 - assurant le relais des hospitalisations, et parfois du niveaux 3 en soins spécialisés hors hospitalisation.
 - **Faire formaliser et diffuser pour chaque service de pédopsychiatrie les modalités de parcours pour un recours à des soins spécialisés adaptés** (de niveau 3 tels soins psychotrauma, TCA...).
 - **Faire participer systématiquement les familles**, et l'environnement proche à l'organisation des soins de leur enfant, et aux soins eux-mêmes, au besoin par le biais d'une contractualisation des soins.



Objectif 2.

Promouvoir une dynamique de coopération élargie du secteur avec ses partenaires.

- **Réviser le découpage géographique des secteurs pédopsychiatriques** pour une cohérence territoriale entre les sectorisations des autres acteurs (sociaux et médico-sociaux : ASE en particulier).

En finir avec les rigidités de la sectorisation, en priorisant la cohérence et la stabilité du parcours engagé, plutôt que le seul critère géographique qui n'est plus acceptable, et ce en accord avec le code de déontologie médicale.

- **Désigner systématiquement une référence stable de secteur (premier secteur soignant l'enfant) pour tout enfant protégé.**
- **Consolider les offres d'alternatives à l'hospitalisation dont les accueils familiaux thérapeutiques.**

- **Organiser des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) spécifiques pour les mineurs (enfants et adolescents), et l'élargir à tous les partenaires de l'Enfance (ASE, Éducation nationale, etc.) ainsi qu'aux associations d'utilisateurs ou parents.**

Ce PTSM serait en lien avec un représentant spécifique Santé Mentale enfant et adolescent au niveau de chaque ARS, couplé à un pilotage au niveau national (DGOS), et ce pour tous les troubles spécifiques ou filières : TCA, TSA, TND, pathologies limites, enfance protégée... Le soutien financier sur 10 ans serait réparti sur l'ensemble des PTSM qui devraient répondre à des AAP, tout en respectant une charte nationale garantissant la qualité des soins, l'accès aux soins y compris en urgence, un nombre minimal de lits d'hospitalisation et la construction de soins spécifiques (ou filières), bien entendu pour les TCA.



Objectif 3. Revaloriser les professionnels et renforcer massivement l'offre de soins.

Sur les 1 600 000 enfants et adolescents qui présentent en France au moins un trouble psychique, la moitié bénéficie annuellement de soins prodigués en pédopsychiatrie par des professionnels spécialisés, en hospitalisations partielles, complètes ou en structures ambulatoires. Les constats cumulés d'une diminution forte des capacités d'hospitalisation sur les dernières années (baisse de 58 % des lits entre 1986 et 2013) et d'une situation démographique tendue des professionnels dans tous les secteurs d'activité concernés¹ amènent à la nécessité de mettre en œuvre des mesures fortes, en privilégiant une approche territoriale adaptée aux contextes locaux, avec un pilotage de l'ARS renforcé.

▪ Revaloriser les professionnels.

- **Revaloriser les pédopsychiatres à l'hôpital**, en particulier dans les CH en tension (>10% de postes vacants), **ainsi que les psychologues, les assistants familiaux thérapeutiques (AFT), les orthophonistes, psychomotriciens, éducateurs spécialisés et infirmiers** assurant des missions de service public en santé mentale de l'enfant et l'adolescent.
- **Doubler le tarif de la consultation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en ville**, afin d'augmenter l'accès aux soins pour les mineurs et l'attractivité de la discipline.
- **Mieux valoriser le dispositif MonPsy** (augmenter le prix des CS et le nombre des séances remboursées), **tout en accélérant la refonte des études de psychologie.**
- **Permettre aux sages-femmes de prescrire des consultations chez un psychologue conventionné.**

▪ Renforcer les capacités.

- **Création de 600 ETP supplémentaires dans les CMP-IJ** dès 2024 (en plus des 400 déjà annoncés lors des Assises de la santé mentale). Le doublement des capacités d'accueil des CMP (niveau 2) est un minimum à atteindre dans 10 ans.
- **Renforcer l'offre d'hospitalisation** (lits d'urgence et de post urgences) **en priorisant les territoires les plus sous dotés** (hétérogénéités territoriales majeures).
- **Budget prévisionnel pour les appels à projets dédiés en Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent :**
 - 15M€ pour la psychiatrie périnatale.
 - 20M€ pour le niveau 2 (CMP).
 - 20M€ pour le niveau 3 (dont 10m€ pour des lits).
 - Soit 55 M€ au total.

1. Cour des Comptes, *L'offre de soins en pédopsychiatrie*, mars 2023.



Objectif 4. Renforcer la coordination des actions au plan national.

La protection effective de la santé mentale des enfants et des adolescents ne peut être obtenue par les seules politiques spécifiques de santé mentale. Face aux multiples déterminants impliqués, une approche intégrée de la prévention en santé mentale des jeunes doit être promue, sur le modèle de l'approche intégrée de l'égalité entre les femmes et les hommes. Il s'agit d'intégrer au sein de toutes les étapes de l'élaboration à l'évaluation des politiques publiques à destination des enfants et des adolescents la problématique de la prévention et la prise en charge en santé mentale. Cette approche n'a pas vocation à se substituer aux politiques spécifiques de prévention en santé mentale, mais à la compléter dans une logique de long terme afin d'impulser un véritable changement sociétal. Les principaux ministères concernés seront identifiés, et le Comité Interministériel pour la Santé (CIS) sera rétabli pour suivre annuellement, sous la présidence du Premier ministre, les actions engagées et diffuser cette priorité au sein de l'Etat.

- **Transformer le « Délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie » en « Délégué interministériel à la santé mentale, à la psychiatrie et à la pédopsychiatrie ».**
- **Adopter une déclinaison annuelle du Comité interministériel de la santé (CIS) en format santé mentale pour diffuser cet enjeu dans l'action de l'ensemble des ministères.**
- **Inscription dans la loi de l'approche intégrée en matière de prévention et prise en charge de la santé mentale des enfants et des adolescents.**

Ambition 5.

ADAPTER NOS POLITIQUES DE PRÉVENTION AUX NOUVEAUX RISQUES QUI PÈSENT SUR LES ENFANTS.

Objectif 1.

Mieux prendre en compte les impacts de l'environnement sur la santé des enfants.

Objectif 2.

Déploiement du « 1^{er} Plan sommeil ».

Objectif 3.

Promouvoir l'activité physique en général et lutter contre l'obésité infantile.

Objectif 4.

Lutter contre la surexposition des enfants aux écrans.

Objectif 5.

Lutter contre les nouvelles formes du tabagisme qui favorisent l'entrée en consommation.

Objectif 6.

Prévenir la sur-médication des enfants et adolescents.

Objectif 7.

Santé sexuelle : ne pas baisser la garde.



Objectif 1.

Mieux prendre en compte les impacts de l'environnement sur la santé des enfants.

A l'heure où la question de la qualité de notre environnement est au cœur des préoccupations de nos concitoyens, il paraît essentiel de se préoccuper davantage de celui des enfants depuis la période périnatale jusqu'au passage à l'âge adulte, les impacts de l'environnement sur la santé variant selon les âges de la vie. Cette prise de conscience n'est pourtant pas nouvelle mais n'a pas ou peu été priorisée, reflet possible de la place des enfants dans notre société comme suggéré déjà en 1996 dans un rapport à la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale¹. De nouvelles menaces environnementales sont aussi apparues depuis quelques années qui méritent des mesures adaptées et rapides. Ainsi, le bon sens qui suggère que « mieux vaut prévenir que guérir » s'applique aujourd'hui à de très nombreux domaines de l'environnement des enfants mais il reste essentiel de s'appuyer avant tout sur des données scientifiques probantes et basées sur les preuves pour construire la santé des futurs adultes à partir d'un environnement sécurisé ainsi que d'un cadre et un rythme de vie optimisés.

▪ **Faire des écoles des « bulles vertes » pour les enfants pour limiter l'exposition à la pollution.**

95% des enfants en France sont exposés actuellement en France à des niveaux de polluants de l'air qui dépassent les recommandations basées sur des études d'impact récentes.

- **Assistance en ingénierie aux collectivités locales pour améliorer les plans de circulation d'air dans les écoles et collèges, et création d'un fonds d'aide au financement des travaux nécessaires** (enveloppe dédiée au sein des fonds EduRenov et Fonds Verts).
- **Elaboration d'un Programme national de piétonisation des voies bordant les écoles**, en étroite collaboration avec les collectivités territoriales (AMF et ADF en particulier) pour tenir compte des spécificités locales.
- **Végétalisation des voies autour des écoles** : création d'un fonds de dotation pour accompagner les communes.
- **Augmenter la distance sous laquelle l'épandage est interdit à proximité des écoles** : passer de 5 à 10 mètres en fonction de la dangerosité des produits, à 50 mètres minimum.
- **Végétalisation des cours de récréation et remplacement des revêtements.**
- **Interdiction du tabac aux alentours des écoles.**

▪ **Diminuer le bruit dans les lieux collectifs des jeunes enfants (EAJE) : limiter du nombre d'enfants par groupe, augmentation le nombre et la formation des encadrants, optimiser l'organisation de l'espace et les cloisons anti bruit.**

▪ **Application des recommandations de l'OMS sur l'exposition aux particules fines pendant la grossesse, la période périnatale et durant toute l'enfance et l'adolescence.**

1. Les liens entre la santé et l'environnement, notamment chez l'enfant. Rapport pour la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale par JF Mattei, Fev 1996 : <https://www.senat.fr/rap/r95-245-1/r95-245-11.pdf>

Objectif 1.
Mieux prendre en compte les impacts de l'environnement sur la santé des enfants.



- **Diminuer l'impact des perturbateurs endocriniens sur la santé des enfants.**
 - **Enrichir les outils 1000 premiers jours en contenus sur** les expositions aux phtalates et aux perturbateurs endocriniens en général.
 - **Produire et diffuser un guide sur les perturbateurs endocriniens pour accompagner les enfants dans leur information.**
 - **Mettre fin à l'exposition au PVC dans les hôpitaux** (tubulures, gants d'examen, sols...).
 - **Soutenir au niveau européen la nouvelle réglementation REACH** pour interdire certaines familles de produits.
 - **Promotion au niveau national de la « Charte Ville et territoires sans perturbateurs endocriniens ».**



Objectif 2. Déploiement du « 1^{er} Plan Sommeil ».

Le sommeil est une composante essentielle au bon développement psycho moteur et psycho affectif de l'enfant. Il représente pourtant une problématique très fréquente, puisque l'on évalue à près de 30% la prévalence des troubles du sommeil chez l'enfant de moins de 5 ans. Alors qu'un tiers des Français se disent concernés par des troubles du sommeil dont les conséquences sont aujourd'hui bien établies chez adulte (sur-risque de maladies cardio-vasculaires, d'obésité, de diabète, de cancer, d'accident...)¹, il semble indispensable de tout mettre en œuvre dès les premières années de la vie pour permettre un sommeil de qualité, garant d'une bonne récupération physique, mais aussi mentale, d'une meilleure concentration ainsi que de meilleures capacités d'apprentissage et de mémorisation.

- **Sécuriser la sieste à la maternelle** (avec une attention particulière portée aux Zones d'éducation prioritaire) :
 - **Réaliser une campagne de communication en direction des enfants, des parents et des professionnels de l'enfance** sur les bienfaits du sommeil et de la sieste à l'école maternelle : réunions d'information, autodiagnostic, leçon initiale, boîte à outils, SMS aux parents, etc.
- **Enrichir la thématique du sommeil du site et de l'application 1000 premiers jours** afin d'améliorer les connaissances des principales techniques pour aider à l'endormissement autonome de bébé :
 - Mettre à disposition un Guide du sommeil de référence à jour pour les jeunes parents.
 - Créer et diffuser un MOOC : « *Le sommeil pendant les 1000 premiers jours : l'affaire de tous* ».
- **Sensibiliser les enfants et les adolescents sur les conséquences d'un manque de sommeil sur leur bien-être personnel et les inciter à prendre de bonnes habitudes** :
 - Séances spécifiques en heures de vie de classe;
 - Projets pédagogiques spécifiques;
 - Campagne d'affichage;
 - Formulaire ludique d'autodiagnostic...
- **Engager dans l'ensemble des écoles, collèges et lycées une réflexion régulière en Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté et à l'environnement (CESCE) sur l'organisation/le décalage du temps scolaire en lien avec le rythme chrono-biologique des enfants, en s'adossant sur la recherche expérimentale et les éventuelles bonnes pratiques étrangères.**

1. <https://www.inserm.fr/dossier/sommeil/>



Objectif 3. Promouvoir l'activité physique en général et lutter contre l'obésité infantile.

Les bénéfices pour la santé de la pratique régulière d'une activité physique sont avérés, quels que soient l'âge et le sexe.¹ On dispose aujourd'hui de preuves robustes quant aux bienfaits de la pratique physique sur la santé physique mais aussi mentale et sociale dès l'enfance, avec des bénéfices observés également sur le développement cognitif des enfants et adolescents, leur réussite scolaire ou encore leur intégration sociale². La promotion de l'activité physique apparaît donc en 2023 comme une mesure urgente à renforcer au décours de la crise Covid et des confinements qui ont réduit de manière significative l'activité physique des plus jeunes.

C'est ce thème qui a été soumis à la réflexion des enfants et adolescents qui ont pris part aux Assises : leurs travaux, qui sont restitués *in extenso* à fin du présent document, ont alimenté les propositions formulées dans cette section en particulier : on y perçoit notamment chez eux l'indissociation entre activité physique et alimentation saine, ainsi que la conscience des effets bénéfiques de l'activité physique non pas seulement sur le corps mais sur l'esprit (en particulier chez les enfants en situation de handicap).

- **Faire de l'activité physique une routine dans la vie des enfants.**
 - **S'assurer du bon déploiement de la mesure « 30 minutes d'activités physiques quotidiennes » (APQ) dans la totalité des écoles.**
 - **Extension de l'Activité physique quotidienne aux lycées professionnels et aux établissements médico-sociaux.**
 - **Généraliser le programme ICAPS** (Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité) **dans tous les collèges.**
 - Aisance aquatique : **Objectif « 100% nageurs » en CE1/CE2.**
 - **Former toute une classe d'âge au « Savoir rouler à vélo » (10h) avant leur entrée au collège** (2nd Plan national "Vélo et mobilités actives").
 - **Identifier un référent Sport santé dans toutes les structures d'accueil de jeunes** (MDA, PAEJ, ML, MECS...).
- **Développement et financement de l'activité physique adaptée (APA) pour les enfants porteurs de maladies chroniques à l'hôpital comme à domicile dès l'âge de 3 ans**, de manière à limiter leur déconditionnement à l'effort et améliorer leur santé physique mais aussi psychique et sociale.

1. <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante>

2. Activité physique et sédentarité de l'enfant et de l'adolescent, https://onaps.fr/wp-content/uploads/2021/04/report_card_2020.pdf

**Objectif 3.
Promouvoir l'activité physique en général
et lutter contre l'obésité infantile.**



▪ **Favoriser une alimentation saine chez les enfants.**

- **Interdiction renforcée des publicités pour les produits de mauvaises qualité nutritionnelle aux heures de fortes écoutes.**
- **Renouveler le dispositif des messages sanitaires sur l'alimentation saine.**
- **Élaborer, publier et diffuser les nouvelles recommandations nutritionnelles en restauration scolaire :**
 - Actualiser le guide (actuellement GEM-RCN 2015) dans le cadre du GT Nutrition du CNRC sur la base des avis d'expertise scientifique.
 - Actualiser l'arrêté du 30 septembre 2011 sur la qualité nutritionnelle des repas servis en restauration scolaire sur cette base.
- **Mettre en œuvre un choix de menus dirigés dans le secondaire.**
- **Développer une offre de formation sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité à l'attention des professionnels de la petite enfance.**
- **Extension de la consultation de suivi obésité-CSO (Centres spécialisés d'obésité) aux enfants de 12 à 18 ans.**



Objectif 4. Lutter contre la surexposition des enfants aux écrans.

Avec la crise sanitaire, de nombreux enfants ont considérablement augmenté le temps passé devant des écrans alors que les effets néfastes d'une exposition trop importante sont de plus en plus clairement établis (sédentarité, troubles du sommeil...) et peuvent altérer la qualité des interactions parents-enfants chez les plus jeunes. Outre cet aspect quantitatif, la nature des sites fréquentés ou des messages échangés peut aussi constituer un danger pour la santé mentale de certains adolescents victimes de cyberharcèlement ou adoptant des comportements addictifs. Ainsi, la lutte contre la surexposition des enfants les plus jeunes mais aussi la prévention d'un mésusage chez les adolescents, s'impose comme des mesures urgentes pour prévenir des pathologies somatiques et mentales, dans la lignée d'un certain nombre de mesures annoncées par le Président de la République à l'UNESCO lors du 30^e anniversaire de la CIDE (contrôle parental par défaut), à l'occasion de la Conférence des familles des 5 et 6 octobre 2021 (Campus de la parentalité numériques) ou plus récemment dans le cadre du projet de loi visant à sécuriser et réguler l'espace numérique (lutte contre le cyberharcèlement).

Les Assises n'ont pas cherché à aborder l'ensemble des problématiques liées aux dangers que peut représenter le monde numérique pour les enfants, objet d'une politique publique en soi, préférant se concentrer sur la prévention auprès des jeunes enfants et l'accompagnement de parents souvent démunis face à ces problématiques.

- **Interdire dans la loi l'utilisation d'un écran avant 3 ans.**
- **Déployer sur tout le territoire les « Campus de la parentalité numérique »** pour aider les parents face à ces problématiques nouvelles.
- **Généraliser la « Semaine sans écran » dans tous les établissements, incluant les structures de la petite enfance.**
- **Créer une formation de sensibilisation au bon usage du numérique dès le CM1 avec délivrance d'un « Passeport Internet »** (différent de celui délivré en 6^e).
- **Poursuivre la diffusion des recommandations relatives aux écrans sur tous les supports disponibles** : campagne de communication Mon espace santé, carnet de santé de l'enfant, site jeprotegeommonenfant.gouv.fr
- **Diffuser aux chefs d'établissement et directeurs d'école la fiche cadre sur le bon usage des écrans à paraître dans le futur guide du Comité d'éducation à la santé, à la citoyenneté et à l'environnement (CESCE).**



Objectif 5.
Lutter contre les nouvelles formes du tabagisme
qui favorisent l'entrée en consommation.

La « Puff » est une nouvelle forme de cigarette électronique (e-cigarette) à usage unique qui constitue « *un piège particulièrement sournois pour les enfants et les adolescents en vue de les entraîner vers une addiction aux produits du tabac* » selon un rapport récent de l'Académie nationale de médecine¹. Alors que l'usage du tabac est aujourd'hui en baisse chez les collégiens et les lycéens, il paraît urgent de lutter contre cette nouvelle forme de toxique dont la promotion est assurée par des influenceurs sur les réseaux sociaux digitalisés et qui est de nature à compromettre des résultats d'une politique de prévention pourtant aujourd'hui prometteurs en terme d'exposition à ce fléau que constitue le tabac.

- **Interdire les Puffs.**
- **Interdire les arômes et parfums caractéristiques pour tous les produits du tabac.**
- **Élargir les interdictions de fumer aux abords des écoles, des collèges, des parcs, des stades, piscines publiques, des principaux établissements sportifs et installations sportives publiques, devant les stations de transports publics, les bibliothèques, les musées.**
- **Aggraver les peines pour la vente de tabac aux mineurs.**

1. <https://www.academie-medecine.fr/la-puff-nouvelle-cigarette-electronique-jetable-un-piege-pour-les-enfants-et-les-adolescents/>



Objectif 6. Prévenir la sur-médication des enfants et adolescents.

Deux publications récentes par des chercheurs français de l'INSERM ont confirmé le constat de prescriptions médicamenteuses ambulatoires excessives et inappropriées en France chez les enfants et les adolescents, portant en particulier sur les antibiotiques, les corticoïdes et les inhibiteurs de pompe à proton (IPP). Pourtant, les enfants sont particulièrement vulnérables à leurs effets indésirables en raison de l'immaturité de leur organisme en développement¹. Dans un récent rapport également, le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) alerte cette fois sur l'augmentation de la consommation des médicaments psychotropes chez les 6-17 ans² en lien possiblement avec une sous utilisation historique en France par rapport aux pays avec des économies élevées.

- **Mener une campagne d'information en direction des professionnels et du grand public** pour diminuer l'exposition des enfants français aux médicaments inutiles (antibiotiques, corticoïdes, psychotropes, etc.).
- **Généraliser en collaboration avec la CNAM et les éditeurs de logiciels médicaux le retour automatisé à chaque prescripteur de premier recours de son positionnement parmi ses pairs sur 10 indicateurs clefs**, et lui proposer le cas échéant automatiquement des e-formations en conséquence.

1. <https://www.inserm.fr/actualite/prescriptions-donne-t-on-trop-de-medicaments-aux-enfants/>

2. https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/hcfea_sme_synthese courte_13032023.pdf



Objectif 7. Santé sexuelle : ne pas baisser la garde.

Alors que l'adolescence constitue une période de possible vulnérabilité compte tenu des changements physiques et psychiques vécus par les garçons et les filles, promouvoir et protéger activement la santé sexuelle et reproductive ainsi que les droits des adolescents restent une priorité en 2023¹. La prévention des infections² comme la question de l'éducation à la vie affective et sexuelle –dont une mission menée par l'IGESR en 2021 montrait qu'elle n'était dispensée qu'à une faible minorité d'une classe d'âge-, doivent continuer à mobiliser tous les professionnels et toutes les institutions en contact avec nos adolescents.

- **Rendre effectives et régulières pour tous les 3 sessions d'éducation à la vie affective et sexuelle à l'école, en élargissant la listes des métiers intervenants** (Sage-femmes, IPDE, centres de santé sexuelle départementaux...), tel que prévu par la loi du 4 juillet 2001.
- **Compléter la consultation longue Santé sexuelle par des dépistages et traitements des IST** chez les jeunes de moins de 26 ans (y compris les mineurs).
- **Favoriser une entrée positive dans la sexualité et l'adoption de comportements de prévention sur le long terme :**
 - Améliorer l'utilisation du préservatif.
 - Améliorer la connaissance et le dépistage des IST avant l'arrêt du préservatif.
 - Améliorer les connaissances sur les différents moyens de contraception.
 - Réduire les mauvaises utilisations contraceptives.
 - Améliorer le recours à la contraception d'urgence.
- **Améliorer la connaissance des offres en santé sexuelle spécifiques pour les mineurs.**

1. <https://www.unfpa.org/fr/resources/sante-sexuelle-et-reproductive-des-adolescents>

2. <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/article/papillomavirus-humains-hpv-et-cancer-du-col-de-l-uterus>

3. *Education à la sexualité en milieu scolaire*, Inspection générale de l'Education, du sport et de la recherche, juillet 2021.

Ambition 6.

ENFANTS DES OUTRE-MER : UNE RÉPUBLIQUE, UNE SANTÉ.

Objectif 1.

Améliorer notre connaissance de la santé des enfants dans les Outre-mer.

Objectif 2.

Augmenter fortement le nombre de professionnels de santé de l'enfant dans les Outre-mer.

Objectif 3.

Assurer un accès aux soins pour tous.

Objectif 4.

Intensifier les politiques ciblées de prévention et d'éducation en santé.

Mesures territoriales spécifiques.



Objectif 1. Améliorer notre connaissance de la santé des enfants dans les Outre-mer.

Comme trop souvent en Outre-Mer, la première urgence indispensable consiste à améliorer nos connaissances des situations de la population, et en l'espèce d'initier une stratégie de recueil de données chiffrées afin d'obtenir un état des lieux précis sur l'état de santé des enfants et la réalité de leur accès aux soins. Si certains chiffres alarmants (comme l'incidence très élevée de la prématurité) sont déjà disponibles, les données chiffrées manquent dans de très nombreux domaines, participant ainsi à l'invisibilisation de leurs conditions et des carences dans le parcours de soins.

- **Mettre en place un recueil de données spécifique à l'Outre-mer pour mesurer l'état de santé des enfants et leur évolution** : TND, violences subies dans l'enfance¹, obésité infantile, puberté précoce, endométriose, etc.
- **Financer des projets de recherche spécifiques à l'Outre-mer** : surmortalité infantile, fréquence élevée du petit poids à la naissance rapporté à l'âge gestationnel, etc.
- **Compléter l'enquête Virage aux Antilles et à la Réunion pour actualiser les données sur les violences faites aux mineurs par des études épidémiologiques quantitatives.**
- **Étendre l'enquête Virage aux territoires de Guyane, Mayotte, Nouvelle-Calédonie et Polynésie française.**

1. La question des violences sexuelles subies par les enfants ultra-marins fait partie de l'une des priorités spécifiquement assignée à la Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles (CIIVISE) dans sa lettre de mission de février 2021, et devrait donc faire l'objet de recommandations ciblées..



Objectif 2. Augmenter le nombre de professionnels de santé de l'enfant dans les Outre-mer.

Les problématiques d'attractivité rencontrées Outre-mer, dont témoigne une densité de professionnels de santé plus faible encore qu'en Métropole, que ce soit en ville ou en établissement, nécessitent d'adapter un certain nombre de règles statutaires afin d'améliorer cette attractivité territoriale d'une part, de mieux tenir compte d'autre part du contexte d'exercice des professionnels, marqué par un isolement plus conséquent. Un plan d'actions mobilisant plusieurs leviers doit ainsi être rapidement engagé, portant à la fois sur les personnels médicaux et paramédicaux.

- **Développer les compétences des professionnels sur place.**
 - **Accès *in situ* au 2^e cycle des études médicales** dans les territoires où cela n'est aujourd'hui pas possible.
 - **Développer l'offre de formation des métiers de la petite enfance, du social et du médico-social, des médiateurs en santé.**
- **Renforcer l'attractivité pour les professionnels de santé à exercer durablement en Outre-mer.**
 - **Augmenter les postes d'internes en Outre-mer en pédiatrie.**
 - **Valorisation financière / bonification de carrière pour les PH et dans le cadre des stages d'internat, ainsi que pour les sages-femmes, psychologues, IDE, IPDE** (en maison des 1000 jours, santé scolaire, CMS...).
 - **Renforcer l'aide à l'installation sur place des familles** (guichet unique et conciergerie).
 - **Sécurisation et fluidité des parcours pour inciter les professionnels à prendre un poste Outre-mer gagé par un « Pack aller/retour » en contrepartie d'un engagement sur la durée.**
 - **Systématiser le jumelage des équipes hospitalières ultramarines avec des équipes spécifiques de métropole.**
 - **Extension du champ de compétences des paramédicaux** en tenant comptes des acquis de l'expérience professionnelle outre-mer dans une logique de prolongement et d'extension des récentes évolutions statutaires (protocoles de coopération entre professionnels de santé, IPA...).
 - **Développement des missions de remplacement pour permettre la formation continue ou spécialisée des soignants d'Outre-Mer (public ou privé).**



Objectif 3. Assurer un accès aux soins pour tous.

Malgré les actions déjà engagées, l'accès aux soins reste perfectible et les renoncements restent importants, du fait des coûts de santé pour les personnes précaires, qu'elles soient affiliées ou non à la Sécurité sociale, de contraintes géographiques, de difficultés d'accès généralisé à internet ou encore d'encombrement du réseau routier ne permettant pas à l'ensemble de la population d'être bien desservie en équipements de santé de proximité.

Le taux d'hospitalisation standardisé¹ s'avère inférieur dans l'ensemble des territoires ultramarins comparé à la moyenne France entière (161,2/100 000 habitants) : Outre-mer, il est compris entre 159,5 (La Réunion) et 65,48 (Mayotte), et s'établit autour de 132 à 142 pour les la Guyane et les Antilles. Le niveau de recours aux soins médicaux de ville est également inférieur sauf exception (La Réunion), et doit être rapproché de la plus faible densité outre-mer de médecins généralistes et spécialistes libéraux. En France entière, celle-ci s'établit en moyenne à 191,5/100 000 habitants lorsqu'elle est comprise entre 196,5 pour La Réunion et 15,6 pour Mayotte, les Antilles se situant autour de 160, la Guyane à 74,1. Le taux de détection de la maltraitance physique est très bas malgré des facteurs de risque très prévalents.

- **Déploiement des médiateurs en santé** selon des besoins déterminés par chacune des ARS.
- **Ouvrir le recrutement de PADHUE pour les PMI/structures médico-sociales.**
- **Extension de l'AME à Mayotte pour les enfants.**
- **Sécuriser/reprendre le don du sang dans les territoires ultra-marins : création d'un Etablissement Français du Sang à Mayotte.**
- **Garantir les conditions du développement de la téléconsultation et de la télé-expertise, via un plan d'investissement massif visant à accélérer la couverture par la fibre optique des lieux d'exercice pour les téléconsultations.**
- **S'assurer du déploiement des Services d'accompagnement à la parentalité des personnes handicapées (SAPPH) et des Centres ressources sur la vie intime, affective et sexuelles pour les personnes en situations de handicap (Centres Intimagir) dans chacun des territoires d'Outre-Mer** (existence, articulation avec les partenaires, communication, ressources disponibles, etc.).

1. Motifs : médecine, chirurgie, obstétrique, année 2020.



Objectif 4. Intensifier les politiques ciblées de prévention et d'éducation en santé.

Indicateurs et déterminants de santé des enfants ultra-marins sont plus défavorables que dans le reste de la République. La mortalité infantile y est deux à trois fois plus élevée, la prévalence du surpoids et de l'obésité y est plus importante quel que soit l'âge des enfants¹. Les conduites addictives représentent également une problématique majeure pour l'ensemble des territoires d'Outre-mer. En Guadeloupe, 91% des jeunes ont consommé de l'alcool avant l'âge de 17 ans contre 86% dans l'hexagone, et La Réunion compte 68 décès liés à l'alcool pour 100 000 habitants contre 49 en métropole. La prévention et l'éducation en santé constituent donc des enjeux essentiels pour l'Outre-mer, qu'il s'agisse de modifier les comportements, de protéger des risques environnementaux ou de déployer des pratiques collectives bénéfiques à tous.

▪ **Améliorer la couverture vaccinale des enfants ultra-marins.**

- **Garantir la disponibilité des stocks de vaccins pédiatriques.**
- **Mener des campagnes ciblées de communication sur les 11 vaccins obligatoires, ainsi que sur les nouveaux vaccins recommandés (méningocoque B, rotavirus, grippe...).**

▪ **Développer des actions de prévention ciblées.**

- Alcoolisation fœtale.
 - **Déployer le plan expérimental de lutte contre le syndrome d'alcoolisation fœtale de La Réunion à l'ensemble des territoires ultra-marins.**
- Santé sexuelle et grossesses précoces.
 - **Délivrer à titre gratuit du lait infantile aux mères porteuses du VIH.**
 - **Création d'unités mère-enfant à destination des jeunes mères isolées ayant connu une grossesse précoce (en Guyane et à Mayotte en particulier).**
- Violences éducatives ordinaires.
 - **Mener des campagnes de sensibilisation auprès des enfants dès l'école, auprès des professionnels de santé et du social, et auprès des parents, pour rappeler la loi du 10 juillet 2019.**
- Addictions.
 - **Créer des unités de prise en charge des addictions dans les territoires qui en sont dépourvus.**
- 1000 premiers jours.
 - **Déployer un plan spécifiquement dédié aux Outre-mer, en fonction des problématiques prioritaires de chacun des territoires.**

▪ **Renforcer la prévention du suicide des adolescents, en Guyane en particulier (jeunes amérindiens).**

1. IGAS, « La pédiatrie et l'organisation des soins de santé en France », mai 2021.



Mesures territoriales spécifiques.

▪ Guyane.

- **Créer un parcours d'accompagnement des adolescents, de la grossesse complexe à la parentalité** (de la grossesse aux 3 ans de l'enfant).
- **Créer un dispositif de toxicovigilance.**
- **Installer une antenne de l'IRSET** (Institut de recherche en santé, environnement et travail).
- **Expertiser l'augmentation des malformations congénitales.**

▪ La Réunion.

- **Mener une étude sur les causes et conséquences de l'insuffisance pondérale à la naissance.**

▪ Guadeloupe.

- **Faire du Centre Régional d'Information Jeunesse (CRIJ) un relai des politiques de prévention/promotion de la santé des adolescents.**
 - Promotion et adaptation des messages et mediums (RS) en partenariat avec SPF.
- **Intensifier le réseau partenarial avec la Croix-Rouge pour faciliter l'accès aux droits et aux soins des mineurs sans domicile fixe.**
- **Vie affective et sexuelle :**
 - Gestion des demandes de préservatif.
 - Développement des partenariats avec les CEGIDD et de l'organisation des TROD.
 - Ateliers sur les grossesses précoces.
- **Santé mentale et lutte contre les addictions.**
 - Ateliers et actions avec le CSAPA COREDAF.
 - Partenariat avec la région Guadeloupe : Cyber bus, établissement public de santé mentale, intervention dans les lycées.



Mesures territoriales spécifiques.

▪ Mayotte.

- **Sécuriser juridiquement le fonctionnement des maternités périphériques du centre hospitalier de Mayotte.**
 - Adapter le cadre juridique applicable afin de sécuriser les prises en charge assurées par les maternités « périphériques » de Mayotte en créant une autorisation de gynécologie-obstétrique dérogatoire propre à Mayotte à titre exceptionnel et transitoire.
 - Régulariser la situation juridique des maternités « périphériques » de Mayotte en permettant au directeur général de l'ARS d'autoriser, de façon exceptionnelle pour une période de 4 ans renouvelable une fois, le centre hospitalier de Mayotte à assurer la responsabilité du fonctionnement de ces maternités sur la base de conditions d'implantation et de conditions techniques de fonctionnement dérogatoires aux conditions d'autorisation de droit commun fixées pour l'activité de gynécologie-obstétrique afin de tenir compte des spécificité de ce territoire.
- **Assouplir les règles liées à l'autorité parentale pour faciliter les EVASAN entre Mayotte et la Réunion.**

Ambition 7.

(RE)FAIRE DE LA FRANCE UN PAYS LEADER DANS LA RECHERCHE ET L'INNOVATION EN SANTÉ DE L'ENFANT.

Objectif 1.

Faire de la santé de l'enfant une priorité nationale de recherche.

Objectif 2.

Engager un choc de simplification réglementaire.

Objectif 3.

Mettre en œuvre un plan d'attractivité des métiers et des carrières.

Objectif 4.

Dynamiser l'innovation.

Objectif 5.

Mesurer la santé des enfants pour piloter une politique de santé publique adaptée et en évaluer l'impact.



Objectif 1.

Faire de la santé de l'enfant une priorité nationale de recherche.

L'analyse détaillée de la production scientifique en pédiatrie révèle une réduction de la représentation de la France dans les publications scientifiques depuis 2000, avec un net décrochage par rapport aux autres spécialités depuis 2010. Les parts de marché des publications en pédiatrie en France sont passées de 5.8% en 2001 à 2.7% en 2021¹. Afin de rétablir la position de la France en tant que leader dans le domaine de la recherche en pédiatrie, il est essentiel de mettre en place un programme ambitieux avec des objectifs clairs et des mesures concrètes.

- **Lancer des AAP récurrents fléchés dédiés à la santé de l'enfant et augmenter les financements IRESP (pour les études épidémiologiques) ANR et DGOS sur cette thématique.**
 - **Prévoir spécifiquement 10 M€ tous les ans pendant 10 ans pour les projets de recherche de pédopsychiatrie** (PHRC mais pas uniquement, il est nécessaire de pouvoir financer des études sans bénéfice direct pour le patient).
- **Renforcer les structures de recherche en santé de l'enfant.**
 - Elaboration d'une feuille de route « santé de l'enfant » par les structures d'AVIESAN (Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé).
- **Ouvrir davantage les objets du Plan d'investissement d'avenir (PIA) à des projets pédiatriques qui ont moins souvent de possibilité de valorisation (brevets) et suscitent un plus faible intérêt des partenaires privés (exemple de la maltraitance).**
- **Faire émerger des équipes pour demain (ATIP, Avenir) dans le domaine de la santé de l'enfant.**

1. Cellule Bibliométrie du CNCR, « *Positionnement de la France dans la recherche en pédiatrie* », février 2023 ; indicateurs de volumétrie, données Web of Science / Incities.



Objectif 2. Engager un choc de simplification réglementaire.

Alors que certains domaines de la santé de l'enfant sont encore trop peu étudiés, comme la maltraitance infantile par exemple, des freins réglementaires récurrents limitent fortement la possibilité de conduire des essais ou recherches scientifiques de qualité compte tenu d'impératifs non compatibles avec la question de recherche (consentement à participer à une étude pour des parents maltraitants par exemple). Transformer la réglementation pour faciliter la recherche apparaît ici comme une mesure urgente et incontournable pour mieux comprendre et mieux appréhender ces situations hélas fréquentes, et ainsi limiter la perte de chance de ces enfants.

- **Lever les verrous de la loi Jardé** (études rétrospectives, signatures des consentements) **pour l'inclusion dans les études épidémiologiques.**
- **Faire évoluer la réglementation CNIL** pour permettre d'inclure des enfants en contexte particulier (maltraitance par exemple).
- **Permettre de croiser des données pour des travaux transversaux** (scolaire, santé et justice par exemple).
- **Aménager un cadre dérogatoire ANSM** pour les médicaments adultes.
- **Mieux représenter la santé de l'enfant** (pédiatres, pédopsychiatres) dans les CPP.



Objectif 3. Mettre en œuvre un plan d'attractivité des métiers et des carrières.

La démographie des métiers de la santé de l'enfant est en situation difficile. La recherche constitue un levier d'attractivité majeur pour attirer et fidéliser les professionnels de santé, tant médicaux que paramédicaux.

- **Renforcer les moyens dédiés à la formation des futurs chercheurs** (M2, PhD, post-doc, paramédicaux).
- **Aménager un temps protégé pour la recherche pour les Hospitalo-Universitaires, les praticiens hospitaliers, les médecins du service public ambulatoire** (médecins scolaires, Maisons des 1000 jours, CMS et centre de santé public) **et les libéraux.**
 - **Création de 20 postes/an de Maitres de Conférence/Professeurs Associés/Maitres de Stage Universitaire sur 5 ans.**
- **Mieux représenter la recherche ambulatoire et en santé publique en matière de santé de l'enfant** (pédiatre, médecins généralistes, IPDE...).
- **Créer les conditions d'une formation précoce et systématique DES, IFSI, SF, orthophonie, kiné.**
- **Créer et déployer un annuaire des chercheurs.**



Objectif 4. Dynamiser l'innovation.

Dynamiser l'innovation est un défi majeur afin de pouvoir soutenir le développement de plateformes technologiques et thérapeutiques adaptées aux besoins de santé et aux spécificités de l'enfant.

- **Créer des solutions technologiques en chirurgie et explorations fonctionnelles adaptées à l'enfant (Equipex).**
- **S'engager sur des créations de 5 plateformes de thérapie génique, et favoriser l'émergence de 3 start-up sur 5 ans.**
- **Accélérer le déploiement d'IRM de recherche et les explorations pédiatriques, intégration de l'évaluation de l'IA en imagerie pédiatrique.**



Objectif 5.

Mesurer la santé des enfants pour piloter une politique de santé publique adaptée et en évaluer l'impact .

Créer une structure nationale unique pour mesurer la santé des enfants et pouvoir piloter les politiques de santé publique de l'enfant en France apparaît en 2023 comme une étape incontournable dans l'optimisation des connaissances et leur mise en application au service de la santé des enfants et de leurs familles.

- **Créer une équipe dédiée pour mener cette mission de pilotage et d'évaluation** (création d'un Groupement d'intérêt Scientifique).
- **Connecter les données déjà disponibles** (SNDS, INSEE, DREES, ONPE, registres et cohortes...), notamment au sein d'un nouveau registre des naissances.
- **Créer un registre des décès** avec analyse en temps réel des causes de décès chez l'enfant (sur le modèle britannique) pour une veille réactive et des mesures préventives, et centraliser les données sociales, médicales et judiciaires. **Mettre le registre en lien avec la grande cohorte de naissances en cours de création.**
- **Rendre obligatoire le remplissage de *Mon espace santé* à chaque occasion de soin et élargir les professionnels pouvant y contribuer.**
- **Utiliser les données de *Mon espace santé* pour décrire et connaître la santé des enfants, mais aussi comme outil d'alerte précoce et de prévention personnalisée.**

Ambition 8.

GOUVERNANCE, DÉCLINAISON TERRITORIALE ET ÉVALUATION DE LA STRATÉGIE DÉCENNALE.

Objectif 1.

Fixer un cap au Pacte national de refondation, et créer un cadre de déclinaison et de suivi annuel par les ARS.

Objectif 2.

Incarner le pilotage national de la stratégie quinquennale.



Objectif 1.

Fixer un cap au Pacte national de refondation, et créer un cadre de déclinaison et de suivi annuel par les ARS.

Pour être efficace et réellement transformatif au plus près des besoins des enfants, de leurs parents, et des professionnels, la gouvernance qui entoure tout plan pluriannuel, au demeurant de cette ampleur, est un véritable enjeu, et ce à 2 titres au moins.

Pour s'assurer, d'une part, que les mesures décidées au niveau national, quel que soit leur niveau normatif (loi, réglementaire, budgétaire...), irriguent effectivement les dispositifs au niveau territorial, au bénéfice des patients et des professionnels, et ne restent pas « coincées » entre les deux, comme le traduit parfois la dissonance entre les annonces formulées au sein des Plans et la réalité telle qu'elle est perçue sur le terrain.

Pour être en mesure, d'autre part, d'évaluer les mesures mises en œuvre, pour les faire évoluer si nécessaire au fil des 5 années de déploiement de cette feuille de route.

- **Conférer une dimension réglementaire à la Stratégie quinquennale « *Investir dans la santé des enfants d'aujourd'hui et de demain – une urgence nationale* »** pour favoriser son appropriation et son application par l'ensemble des administrations et services de l'Etat central et déconcentré.
- **Définir par voie d'une instruction les modalités de déclinaison, de portage et d'évaluation au niveau des ARS.**
 - **Elaboration d'une feuille de route 2023-2025, puis d'une feuille de route 2026-2028** par chaque ARS, déclinant de manière opérationnelle la stratégie décennale sur la base d'une trame-type.
 - **Définition d'indicateurs, qui permettront d'évaluer l'impact et les résultats de la stratégie décennale au plan régional.**
 - **Identification d'un référent spécifique santé mentale dans les ARS en charge d'animer le PTSM spécifique enfant adolescent.**
 - **Réalisation d'un bilan régional synthétique annuel de mise en œuvre des feuilles de route.** A faire à chaque automne de manière à pouvoir consolider en février N+1, sur l'ensemble du territoire national, les mesures engagées et les résultats obtenus.
 - **Création une dynamique de co-construction avec les ARS sur la définition des modalités de portage et de suivi de ces feuilles de route régionales.**



Objectif 2. Incarnar le pilotage national de la stratégie décennale.

L'ensemble des pages qui précèdent le démontrent : la question de la santé de l'enfant dépasse largement le cadre du ministère de la santé, et revêt une dimension intrinsèquement interministérielle –tel que c'est le cas lorsque l'enfance est concernée.

On constate par ailleurs que ce sujet est abordé en profondeur de façon assez irrégulière dans le temps et morcelée dans l'approche.

Il nous semble par conséquent fondamental, pour qu'elle bénéficie d'un investissement constant et consistant, que la question de la santé de l'enfant bénéficie d'un portage politique fort et incarné : à l'image de la Conférence nationale du handicap, il est proposé que soit institué un rendez-vous politique fort et régulier, qui soit l'occasion de remettre le sujet dans le débat public, et plus encore d'alimenter la dynamique initiée par la tenue de ces Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant.

▪ **Instaurer la Conférence nationale de la santé de l'enfant (CNSE).**

- **Réunie tous les 2 ans et placée sous l'autorité du Président de la République, la CNSE structurera le débat autour des orientations stratégiques et des moyens alloués à la politique de la santé de l'enfant.**
- **Elle permettra de faire le point sur les avancées des politiques à destination de la santé de l'enfant, et d'aménager la feuille de route aux nouveaux enjeux identifiés.**

EN PRÉALABLE.

CRÉER UN CHOC D'ATTRACTIVITÉ : DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DE L'ENFANT MIEUX RECONNUS, MIEUX VALORISÉS, MIEUX FORMÉS.

Objectif 1.

Revaloriser toutes les prises en charge de l'enfant, en ville comme à l'hôpital, pour une meilleure reconnaissance des professionnels de santé qui les assurent.

Objectif 2.

Augmenter le nombre de professionnels de santé formés à la santé de l'enfant.

Objectif 3.

Organiser le partage de compétences pour mieux utiliser les ressources humaines déjà existantes et libérer du temps médical spécifiquement dédié au soin.

Objectif 4.

Promouvoir l'exercice diversifié sur la fonction publique en santé et la possibilité d'exercice mixte libéral et salarié.



Objectif 1.

Revaloriser toutes les prises en charge de l'enfant, en ville comme à l'hôpital, pour une meilleure reconnaissance des professionnels de santé qui les assurent .

L'ensemble des métiers de la santé de l'enfant souffre d'un déficit d'attractivité. La spécialité pédiatrique est de moins en moins attractive pour les jeunes générations (internat difficile, nombre de gardes important du fait des sous effectifs), l'exercice libéral ne cesse de diminuer, les rémunérations sont faibles par rapport aux autres activités médicales. La spécialité pédopsychiatrique souffre aussi d'une faible attractivité, avec une offre en libéral quasi inexistante en dehors des très grandes villes (dépassement d'honoraires), du fait d'une consultation longue et non valorisée.

Au-delà des professionnels spécialistes de la santé de l'enfant et de l'adolescent, la spécificité (en particulier le caractère chronophage) des actes pratiqués sur les enfants et les adolescents est insuffisamment prise en compte, que ce soit en ville ou à l'hôpital (ce qui fait une des spécificités de la santé de l'enfant où l'offre d'hospitalisation est quasi exclusivement publique : pas d'urgence pédiatriques en clinique, très peu d'établissements privés faisant de la pédiatrie).

Il est donc nécessaire d'envisager, tant en ville qu'à l'hôpital, une revalorisation de l'ensemble des prises en charge de l'enfant, dans l'optique d'une meilleure reconnaissance des professionnels concernés, contribuant ainsi à l'amélioration de l'attractivité de ces professions.

- **Pour la ville** : inscription de cet objectif dans le cadrage de la prochaine négociation conventionnelle.
- **Pour l'hôpital** : intégration dans la réflexion en cours sur la définition de nouvelles modalités de financement des établissements de santé.



Objectif 2.

Augmenter le nombre de professionnels de santé formés à la santé de l'enfant.

Avec environ 8 500 médecins pédiatres, la France se place à la 22^{ème} place sur les 31 pays de l'OCDE pour la densité de pédiatres¹. La situation pour les chirurgiens infantiles, les radio-pédiatres et les anesthésistes n'est pas meilleure. Dans un système où il a été choisi que les soins de premier recours de l'enfant soient assurés à la fois par les pédiatres et par les médecins généralistes, le nombre de médecins suffisamment formés à la santé de l'enfant doit être augmenté pour répondre aux besoins de prise en charge des enfants sur l'ensemble du territoire et lutter contre les inégalités géographiques. Pour ce faire, la formation à la santé de l'enfant doit être davantage intégrée dans la maquette de formation des études médicales (2^{ème} cycle et 3^{ème} cycle pour les généralistes, anesthésistes, chirurgiens et radiologues) et paramédicales (infirmiers), l'ensemble de ces professionnels étant amenés à prendre en charge des enfants. L'augmentation du nombre de professionnels formés et la diffusion des connaissances en santé de l'enfant n'est concevable que si le nombre des enseignants et des terrains de stages est augmenté.

▪ Augmenter le nombre de professionnels médicaux formés en pédiatrie et santé de l'enfant.

Une nouvelle conférence nationale sera organisée au cours de l'année universitaire 2023-2024, sous le pilotage de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, avec pour objectif d'augmenter les objectifs nationaux pluriannuels en termes de nombre d'étudiants en médecine formés.

Elle permettra de déterminer le nombre de spécialistes à former pour répondre aux besoins de santé des prochaines années. Pour ce faire, il faut tenir compte des besoins de santé des territoires et capacités de formation en pédiatrie réellement disponibles (en stage et hors stage) afin de ne pas remettre en cause la formation des futurs pédiatres. **L'objectif est de former assez de professionnels pour une offre de temps médical compatible avec les exigences des nouveaux professionnels en matière d'équilibre vie professionnelle/vie personnelle.**

En pratique, l'augmentation du *numerus apertus* devrait permettre un retour aux effectifs médicaux des années 1980 qu'il faut prévoir de multiplier pas 2 au moins pour disposer d'une offre de temps médical équivalente.

▪ Augmenter le nombre d'Infirmières Diplômées d'Etat (IDE), d'orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes formés à la prise en charge des enfants chaque année.

- Déterminer les besoins d'augmentation du nombre de professionnels formés pour chacune de ces professions.
- Renforcer et homogénéiser la formation théorique et pratique en santé de l'enfant en IFSI (modification des programmes, terrain de stage obligatoire).
- Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat (IADE) : demande de restaurer les 8 semaines de stages en anesthésie pédiatrique.
- Formation continue : en s'appuyant sur les orientations prioritaires de DPC, les actions de formation nationales (AFN) et axes de compétences de la FPH.

1. Dans 8 départements, la densité est inférieure à 1 pédiatre pour 100 000 habitants : l'Indre (aucun pédiatre), Mayotte, la Manche, l'Eure, la Vendée, la Creuse, la Haute-Saône et la Haute-Loire. A l'inverse, Paris est le département le plus doté en pédiatres (13,7 pédiatres pour 100 000 habitants), suivi de près par les Hauts-de-Seine (11,4). IGAS « La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France », mai 2021.



Objectif 2.

Augmenter le nombre de professionnels de santé formés à la santé de l'enfant.

- **Augmenter le nombre d'enseignants pour permettre la formation optimisée d'un plus grand nombre de médecins à la santé de l'enfant, et particulièrement en pédiatrie et en pédopsychiatrie.**
 - HU titulaires : + 100 HU pédiatres ; + 10 HU pédopsychiatres par an.
 - Postes transitoires (assistants, CCU, PHU) : + 200 pédiatres.
 - Augmenter le nombre de postes de professeurs associés.
- **Renforcer et homogénéiser la formation théorique et pratique en santé de l'enfant de la médecine générale.**
 - Former tous les internes en médecine générale à la santé de l'enfant :
 - **Stage minimum obligatoire de 6 mois** à la santé de l'enfant en phase d'**approfondissement** pour tous les internes, favorisant la vision globale du parcours de soins de l'enfant et permettant d'appréhender au mieux les différentes situations rencontrées, le parcours et les niveaux d'adressage :
 - Ce stage peut se réaliser dans **différents lieux d'exercice** : médecin généraliste avec orientation spécifique à la santé de l'enfant, pédiatres ambulatoires, service de PMI/Maison des 1000 jours ou santé scolaire (stages couplés), service de pédiatrie hospitalier, urgences pédiatriques.
 - Favoriser lorsque c'est possible **les stages couplés ville/hôpital sur un même territoire.**
 - Permettre dans **les maquettes de stage** les **exercices diversifiés incluant le champ de la prévention** notamment en PMI/Maison des 1000 jours et santé scolaire.
 - Garantir au cours de ce semestre pour chaque interne **des enseignements dédiés à la santé de l'enfant en favorisant l'interprofessionnalité (MG/pédiatre, MG/IPDE).**

NDA : sur les territoires dont les lieux d'accueils ne sont pas suffisants pour former les internes pendant 6 mois à la santé de l'enfant, déployer une politique de partenariat/d'appui aux DMG avec les doyens (ressources humaines) visant à :

- identifier les différents lieux de formation à la santé de l'enfant possibles sur les territoires;
- aider au recrutement et accompagner la formation des professionnels PAMSU (Praticien attaché maître de stage des universités);
- accompagner la mise en place de maquettes permettant l'exercice diversifié.

Cette préconisation va à l'encontre de la proposition de réforme du DES de médecine générale, et spécifiquement la modification de la maquette (3 mois de médecine de l'enfant au lieu de 6 mois actuellement). Aux vues des enjeux exposés dans ce rapport, ce point nous paraît essentiel.

- Mise en place d'une option « santé de l'enfant » sur le stage libre en phase d'approfondissement avec enseignements dédiés approfondis.
- Permettre une année supplémentaire en FST ou option santé de l'enfant et de l'adolescent.



Objectif 2.
Augmenter le nombre de professionnels de santé formés à la santé de l'enfant.

▪ **Adopter un programme de formation initiale et continue à la santé de l'enfant rénové pour les médecins.**

- Formation second cycle : adapter le programme et les items du second cycle aux enjeux populationnels avec une approche optimisée de santé publique.

- **Réintroduire le stage de pédiatrie et de psychiatrie obligatoire en 2^{ème} cycle.**

L'étudiant en 2^{ème} cycle peut actuellement réaliser s'il le souhaite un stage en service de pédiatrie. Pour le rendre obligatoire, il conviendrait de modifier l'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales. Concernant la réalisation d'un stage ambulatoire auprès d'un pédiatre, cet objectif se heurte aujourd'hui au faible effectif de pédiatres PAMSU qu'il faut rendre plus attractif (mesure financière et facilités d'organisation). En revanche, l'étudiant peut effectuer un stage ambulatoire auprès d'un médecin généraliste qui atteste d'une formation spécifique en santé de l'enfant.

- Formation troisième cycle :

- **Identifier les nouveaux items de formation ou les nouveaux stages à intégrer dans la formation des pédiatres et des médecins généralistes, au regard des besoins de santé parfois nouveaux.**

La maquette de formation rénovée sera examinée par la mission chargée du suivi du 3^{ème} cycle des études de médecine, la DGEIP et la DGOS avant d'être présentée devant les instances CNESER/CNEMMOP.

- **Inciter fortement les DES de pédiatrie à passer un semestre en pédopsychiatrie et inversement.**

- **Augmenter le nombre de maitres de stage en ambulatoire -PMI/Maison des 1000 jours, santé scolaire...- en incitant les médecins ambulatoire (libéraux et salariés) à devenir maitres de stage** (aides financières, assistance pour trouver des locaux *ad hoc*, promotion de cette mission par la mise en avant de l'aide à la consultation que permettent ces internes, tant pour les pédiatres que pour les généralistes).

- **Créer de nouvelles formations spécialisées au sein du 3^{ème} cycle des études médicales.**

- Option endocrino-pédiatrie.
- Option Gastro-pédiatrie.
- FST maladies infectieuses pédiatriques.
- FST Santé de l'adolescent.
- Option Rhumatologie pédiatrique.
- Option Néphrologie pédiatriques.
- Option Maladies métaboliques.



Objectif 2.

Augmenter le nombre de professionnels de santé formés à la santé de l'enfant.

- **Adopter un programme de formation initiale et continue rénové pour les chirurgiens, anesthésistes pédiatres et radio pédiatres.**
 - En chirurgie :
 - **Augmenter le nombre de place en DES de chirurgie pédiatrique (30 à 35 par an) avec choix dès le début de l'option précoce** (nombre de place définis *a priori* en chirurgie viscérale et en orthopédie).
A intégrer dans les travaux de l'ONDPS au moment des propositions de postes à ouvrir. Pas de quota pour les options précoces, ce qui permet notamment aux étudiants de la choisir en fonction de leur projet professionnel.
 - **Proposer une certification des chirurgiens adultes sur la base d'un référentiel de compétences et d'une formation *ad hoc* pour permettre la réalisation d'acte « de niveau I ».**
 - **Favoriser des actions de FMC basées sur un travail en réseau pour optimiser les parcours de soin et leur connaissance par les praticiens du 1er recours.**
 - **Choix des orientations prioritaires en lien avec la spécialité dans le cadre du DPC.**
 - En anesthésie :
(DES Médecine Anesthésie Réanimation)
 - **Restaurer le stage obligatoire en pédiatrie (+/- 3 mois anesthésie / 3 mois soins critiques).**
 - **Portfolio « actes pédiatriques » par tranche d'âge.**
 - **Favoriser des terrains de stages CHG / libéral** (sous couvert agrément pédagogique).
 - En Radio pédiatrie :
 - **Contrat d'engagement service public.**
 - **Revalorisation PDS et prime de sous-effectif.**
 - **Revalorisation des actes d'imagerie avant 6 ans.**
 - **Formation obligatoire dans la maquette du DES de radiologie avec 6 mois en pédiatrie.**
 - **Formation obligatoire des manipulateurs radio à la pédiatrie.**
- **Décloisonner les formations et favoriser l'inter-professionnalité dès la FMI** (DES de pédiatrie, métiers de la rééducation...).
- **Généraliser la formation à reconnaître l'enfant grave et aux gestes d'urgences à tous les professionnels de l'enfance.**
 - Formations EPALS pour les Pédiatres spécialistes, AR, MIR, IDE/PDE dans les unités de réa Pédiatrique, Urgences Pédiatrique et SMSUR pédiatriques.
 - Formations EPILS pour les MG, IDE/PDE hors service de soins critiques pédiatriques.
 - Formation AFGSU 2 pour tous les autres professionnels de santé.
 - Formation AFGSU 1 pour tous les autres professionnels de l'enfance.



Objectif 3.

Organiser le partage de compétences pour mieux utiliser les ressources humaines déjà existantes et libérer du temps médical spécifiquement dédié au soin.

La rareté de la ressource médicale doit également être perçue comme une opportunité pour repenser les compétences de chacun dans la prise en charge des enfants au sein du système de santé. Au-delà de l'amélioration de l'accès aux soins, ces transferts de compétences permettront de redonner du sens et de l'attractivité aux métiers du soin. Les savoir-faire de chacun seront valorisés, en optimisant le temps du personnel médical et paramédical. Dans ce contexte, la répartition des compétences entre les 23 000 infirmières puéricultrices (IPDE) et les médecins sera réorganisée, dans l'objectif de recentrer l'activité des médecins sur les tâches les plus complexes exigeant une compétence médicale. Ces transferts de compétence s'accompagneront d'un renforcement de la formation des infirmières puéricultrices, d'une valorisation de leur activité via une meilleure reconnaissance de la spécificité de leurs actes. En ambulatoire, les compétences des puéricultrices, notamment en prévention et en éducation thérapeutique sont largement sous-exploitées : c'est pourquoi la possibilité d'un exercice libéral doit être envisagée, et un accès direct aux IPDE en ville dans le cadre d'un exercice coordonné sera organisé.

▪ **Faire évoluer la formation d'infirmier-puériculteur et reconnaître des compétences en pratique avancées.**

- **Universitarisation et masterisation / VAE.**
- **Reconnaissance et valorisation de la fonction tutorale.**
- **Compétences transférées à définir.**

▪ **Organiser l'accès direct aux IPDE dans le cadre d'un exercice coordonné.**

La loi RIST 2 du 19 mai dernier a permis l'accès direct au IPA, ouvrant la possibilité d'intégrer, si les travaux de réingénierie IPDE vont dans ce sens, les IDE en IPA pédiatrie qui permet un accès direct de la profession.

▪ **Élargir et développer la pratique avancée à tous les auxiliaires médicaux.**

▪ **Amplifier le soutien financier au déploiement des assistants médicaux auprès des pédiatres et des médecins généralistes.**



Objectif 4.

Promouvoir l'exercice diversifié sur la fonction publique en santé et la possibilité d'exercice mixte libéral et salarié.

C'est aux organisations de s'adapter à l'enfant, et non l'inverse. Les différents statuts des professionnels, le lieu où ils exercent, ne peuvent pas être des facteurs de rupture dans les parcours de santé des enfants.

La création d'un statut de fonction publique commun à différentes structures de soin qui prendront en charge l'enfant est une réponse à cette nécessité de parcours plus fluides et mieux coordonnés. Il correspond par ailleurs aux aspirations nouvelles de certains jeunes professionnels de santé, qui souhaitent privilégier un exercice mixte, contribuant ainsi à une plus grande attractivité de ces métiers.

Encore faut-il que cet exercice mixte ne conduise pas à des pertes de revenus pour les professionnels, plaidant pour une harmonisation -par le haut- des différentes grilles de salaires.

- **Création d'un nouveau statut de fonction publique commun aux différentes structures de soin, en ville et à l'hôpital.**

Dans le but d'augmenter l'attractivité de certaines professions et de relier les structures de soin en améliorant leur coordination, nous proposons la création d'un nouveau statut facilité et harmonisé en termes de rémunération dans les différents champs de la santé sur un territoire.

De façon concrète, permettre un **exercice mixte** Maison des 1000 jours et de l'enfant/hôpital, Santé scolaire/Maison des 1000 jours et de l'enfant ou hôpital/centre de santé, dans le cadre d'une **revalorisation** et d'une **harmonisation de la grille des salaires** ville/hôpital/prévention/médecine scolaire.

CONCLUSION.



La santé de nos enfants est un enjeu majeur. Non seulement pour chacun d'entre eux, ce qui devrait suffire à nous mobiliser. Mais plus encore pour la Nation toute entière, tant cette question, des 1000 premiers jours à l'organisation de notre système de santé, en passant par la santé mentale ou les inégalités en santé, porte en elle nombre de problématiques qui dépassent largement le cadre de la pédiatrie. Tant un sous-investissement dans la santé de l'enfant aujourd'hui porte les germes des difficultés que rencontreront les adultes demain.

Cela relève de l'évidence, et pourtant : cette question est trop rarement abordée de façon globale et comme une priorité de santé publique. Il y a désormais urgence à le faire, et ces Assises en constituaient l'opportunité.

C'est la première raison qui explique le nombre conséquent des propositions formulées dans ce document, tant nous avons souhaité saisir ce *momentum* qu'il convenait de ne pas laisser passer, bien conscients qu'il finirait par se refermer, par être chassé par une autre priorité.

Un *momentum* à saisir aussi car la situation l'exige – nul besoin de revenir sur les raisons initiales qui ont conduit à convoquer ces Assises, et sur le constat partagé de la nécessité de revoir en profondeur le système de prise en charge de la santé de l'enfant dans notre pays.

La densité des propositions formulées, que d'aucuns considéreront peut être comme relevant du catalogue, s'explique également par le fait qu'elles sont le fruit de concertations larges, profondes et pluridisciplinaires, sur l'ensemble du territoire métropolitain et d'Outre-mer, impliquant l'ensemble des personnes et organisations engagées dans la santé de nos enfants. Elles traduisent ainsi à la fois la grande qualité de l'expertise mobilisée, et la dynamique d'intelligence collective qui s'est mise en branle. De même que le travail conséquent fourni par les personnes impliquées.

En cela, ces 400 mesures sont également le reflet des attentes suscitées auprès de tous les écosystèmes professionnels et associatifs par cette dynamique inédite initiée il y a 6 mois, et qu'il convient désormais de ne pas décevoir.

Un programme dense et ambitieux, où chaque mesure revêt son importance, et dont le déploiement doit désormais s'inscrire dans un calendrier cohérent, de façon urgente pour certaines d'entre elles – notamment pour éviter de revivre l'hiver prochain la crise des urgences pédiatriques-, en prenant le temps de l'expertise et de la construction concertée pour d'autres plus systémiques.

Et si les différents leviers proposés dans ces pages sont effectivement actionnés d'ici la fin du quinquennat en cours, nous pourrions être rassurés sur la santé de nos enfants et sur celle de ceux à naître, rassurés sur la qualité des conditions de travail de ceux qui en prennent soin, et ainsi regarder l'avenir de notre pays avec un peu plus d'optimisme et d'envie encore.

Investir massivement dans la santé de nos enfants aujourd'hui n'est pas un coût, c'est un investissement. De ceux qui façonnent une vision politique et sociale ancrée dans le temps long. Et il y a urgence.



Remerciements.

Les co-Présidents des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant, Christèle GRAS LEGUEN et Adrien TAQUET, souhaitent remercier les 20 membres du Comité d'orientation qui, en plus de leurs activités professionnelles déjà multiples et de leur vie personnelles, ont donné énormément de leur temps et de leur énergie au cours des 6 derniers mois pour animer les concertations et formuler les nombreuses propositions contenues dans ce document.

Remercier également et avant tout le ministre de la Santé et de la prévention François BRAUN, pour l'initiative qui a été la sienne en lançant ces Assises en novembre 2022 et en décidant de nous en confier la présidence, ainsi que l'ensemble de son cabinet, en particulier sa Directrice de cabinet Carole Bousquet Berard, son directeur adjoint Guillaume Du Chaffaut, et la chargée de mission Sara Djabali.

Nous souhaitons remercier l'ensemble des directions d'administration centrale du ministère, délégations ministérielles et équipes projets avec qui le dialogue a été permanent et constructif, avec une mention particulière à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) qui nous a accompagnés et soutenus tout au long de ce processus : merci à Marie Daudé, Anne Hegoburu, Christopher Poisson-Calais et Marine Lerouge.

Merci à Philippe Sudreau de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à Bruno Ramdjee (interne de santé publique) dont l'expertise nous a été précieuse tout au long de ce processus.

Merci à l'Union nationale des associations familiales (UNAF) et à sa présidente Marie-Andrée Blanc pour la conduite de l'étude sur la perception des parents de la santé de leur enfant et sur la façon dont celle-ci était prise en charge.

Merci enfin et surtout à l'ensemble des enfants qui ont pris part à ces travaux, ainsi qu'à leurs éducateurs, au travers de la concertation menée sur le thème « santé et activité physique ».

**Eléments complémentaires apportés
par certains membres du Comité d'orientation.**

Éléments complémentaires sur la meilleure prise en charge des enfants souffrant de maladies chroniques ou complexes (*Ambition 3 sur l'amélioration des parcours en santé des enfants avec besoins spécifiques*).

Brigitte Chabrol, Olivier Brissaud, Béatrice Pellegrino, Fabienne Kocher.



La prise en charge des enfants atteints de maladies chroniques ou complexes, rares comme fréquentes nécessite un accompagnement pluridisciplinaire et la coordination effective des professionnels de santé. Les parcours de soins de ces enfants doivent prendre en compte les complexités liées à leur âge et aux différentes phases d'acquisition de leur autonomie. Au-delà du renforcement de l'offre de soins hospitalière, les dispositifs permettant un accompagnement et une prise en charge ambulatoire doivent être soutenus et déployés.

Pour mémoire, si la mortalité des enfants de moins de 1 an augmente de nouveau de France, celle des enfants âgés de 1 à 24 ans a considérablement diminué ces 20 dernières années (en 1990 : 9217 / an dont 881 de cancers, en 2020 : 3474 / an dont 157 de cancers). Des progrès ont été obtenus tant en terme de mise à disposition de techniques avancées, du développement d'expertises spécifiques permettant l'apport de techniques médicales et chirurgicales innovantes pour les enfants. Le plan maladies rares mis en place il y a 20 ans, porté par les associations de patients, a permis d'organiser les parcours de prise en charge en reconnaissant l'importance des réseaux entre niveau 1, 2 et 3. A ce jour, 350 000 enfants sont recensés dans le registre maladies rares. Le plan cancer a permis également une meilleure organisation des soins, il concerne environ 1850 enfants et 450 adolescents par an. Ce modèle d'organisation devrait être transposé à l'ensemble des maladies chroniques de l'enfant.

1. Entrée dans le parcours.

- **Dépistage néonatal** : augmentation du nombre de maladies dépistées dans un programme national.
- **Dépistage et diagnostic en ambulatoire** (médecin traitant, PMI, médecine scolaire etc.)
- Accès rapide aux **consultations spécialisées** :
 - Répertoire Opérationnel des Ressources opérationnel (annuaire centralisé), Plateforme de recours /fiche de demande de RV commune.
 - Conséquence: diminution de l'utilisation des services d'urgence comme porte d'entrée.

2. Travail en Réseau régional (en lien avec chaque ARS et spécificités des territoires).

- Respect de la gradation des soins et du maillage territorial
 - Définir les Niveaux 1, 2 et 3 au sein de chaque ARS en fonction des ressources du territoire en libéral, Maisons des 1000 jours et de l'Enfant, CHG et CHU (figure 1) incluant les Urgences pédiatriques, l'anesthésie pédiatrique, les soins critiques pédiatriques, la périnatalité, les transports pédiatriques ;
- Lien avec médecine ambulatoire (médecine libérale, Maisons des 1000 jours et de l'Enfant, Santé scolaire) en développant des outils adaptés tels que la téléexpertise, les consultations avancées.
- Développer l'offre de soins en ambulatoire pour améliorer la prise en charge des enfants (pédiatres, chirurgiens, autres professionnels de santé, CAMSP, CMP, et SMR).



3. Suivi des patients.

- Dossier patient partagé (DPI) au sein du réseau ville/hôpital, du réseau inter-hôpital (CHG/CHU).
- Coordination entre professionnels et pour les familles entre les différents partenaires (médecins libéraux, autres professionnels de santé, PMI, médecine scolaire, CAMSP, CMP, SMR).
- Accès facilités aux plateaux techniques pédiatriques (blocs, imagerie, examen sous AG, etc).
- Développer HAD pédiatrique (cf. feuille de route HAD 2021-2026).
- Développer des soins médicaux de réadaptation (SMR) pédiatriques tout au long du parcours de suivi (possibilité de séjours de répit, unité mobile pour permettre une prise en charge à domicile).
- Développer des équipes mobiles de soins palliatifs intra et extrahospitalières pour une meilleure acculturation des équipes à une démarche palliative anticipée et concertée avec les différents partenaires.
- Parcours spécifique en cas d'admission aux urgences: rédaction de certificats d'urgence (rappel du diagnostic et des mesures spécifiques à prendre) et document de soins adaptés en situation palliative (ou risque potentiel de décompensation) et de fiches « SAMU Palia » afin de limiter les pertes de chances (limitations de soins non décidées) ou le risque de soins déraisonnables.
- Mieux structurer la transition enfants/adultes en hospitalier et en ambulatoire (valorisation de consultations spécifiques).
- Développer le lien avec les associations de patients : place identifiée et reconnue au sein des structures hospitalières et ambulatoires.

4. Organisation des soins dans les services de spécialités médicales et chirurgicales pédiatriques.

- Reconnaissance de soins renforcés avec adaptation des effectifs soignants (ratio 1 IPDE et mise en place de binôme AP/IPDE pour 4/5 patients (jour/nuit).
- Reconnaissance des services de spécialités pédiatriques médicales et chirurgicales.
- Création de postes d'Infirmière puéricultrice coordinatrice (IDEC).
- Développer des créneaux de consultation de soins non programmés (éviter à chaque fois que possible le passage par les urgences).
- Accès aux plateaux techniques facilités (blocs, imagerie, examen sous AG, etc.).
- Lien avec les équipes de pédopsychiatrie de liaison.
- Présence d'un pharmacien référent / lien avec les structures ambulatoires (officines de pharmacie, laboratoires de biologie).

Eléments complémentaires sur la meilleure prise en charge des enfants souffrant de maladies chroniques ou complexes (*Ambition 3 sur l'amélioration des parcours en santé des enfants avec besoins spécifiques*).

Brigitte Chabrol, Olivier Brissaud, Béatrice Pellegrino, Fabienne Kocher.



5. Organisation des soins dans les services de soins critiques et de réanimation pédiatrique.

- Proposer une réflexion plus globale sur cette gradation incluant les urgences pédiatriques, la chirurgie pédiatrique, l'anesthésie pédiatrique, la périnatalité, les transports pédiatriques, médicalisés ou non.
- Evaluer et corriger l'insuffisance des offres régionales en lits de soins critiques et de transports néonataux et pédiatriques.
- Assurer l'ouverture permanente des lits de soins critiques toute l'année sans saisonnalité, après évaluation quantitative et qualitative solide, avec le personnel ad hoc en nombre et en formation (« *Nurse practitioner* » ou formation *in situ* minimale d'au moins 6 semaines lors du recrutement).
- Permettre une fluidité du parcours du patient notamment au niveau des lits d'aval.
- Maintenir et augmenter l'attractivité des personnels médicaux et paramédicaux.
- Développer des outils numériques (outils métiers de prescription et de surveillance, lunettes connectées dans le cadre des prises en charge préhospitalières ou d'avis inter-hospitalier avant transfert, etc.) (cf. InfoKids).

6. Recruter des personnels médicaux et non médicaux ayant des compétences pour le suivi de ces enfants.

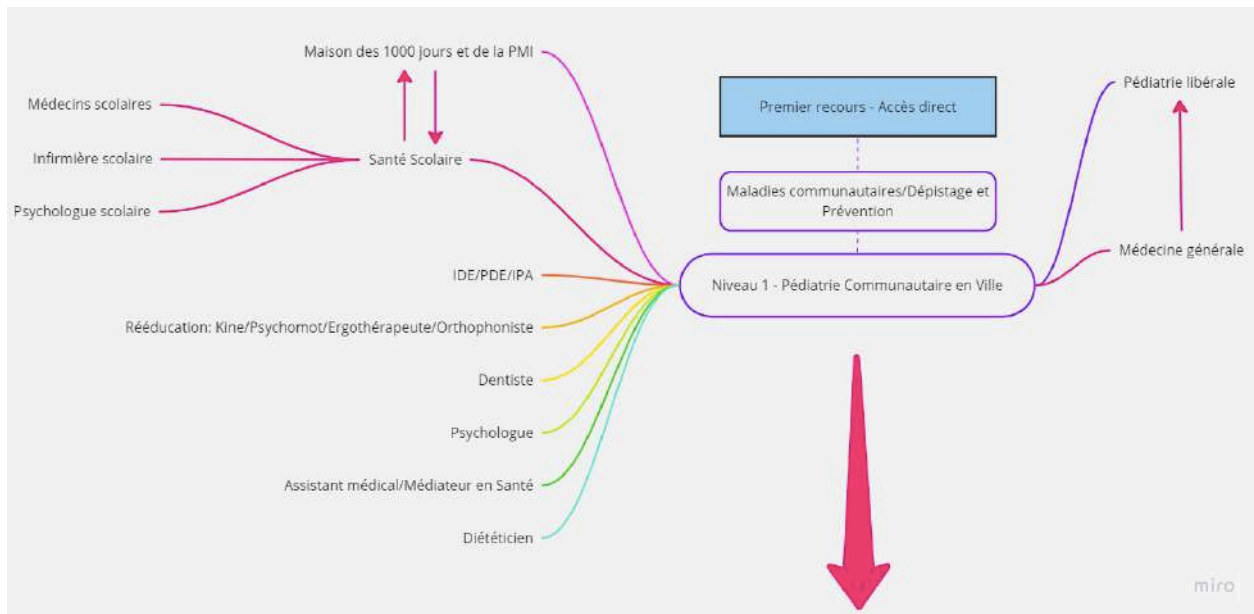
- Reconnaissance d'options pédiatriques (avec une attention portée à la faisabilité de ces options dans le cadre de la maquette – pré requis ; stage de DJ ; risque de disparition de la formation en Pédiatrie Générale hospitalière ou ambulatoire du fait d'une spécialisation trop précoce).
- Professionnalisation des IDE/PDE dans le cadre des soins critiques (diplôme spécifique).
- Augmenter le nombre de DES de pédiatrie.
- Augmenter le nombre de DES de chirurgie pédiatrique et adapter la maquette au parcours professionnel afin de permettre une activité polyvalente de chirurgie pédiatrique en post internat dans les CHG.
- Définir la place de la radiopédiatrie dans le cursus du DES de radiologie pédiatrique
- Formation et embauche prioritaire de IPDE (reconnaissance de leur diplôme au niveau Master 2).
- Formation spécifique d'infirmières en pratique avancée de pédiatrie.
- Valorisation des actes et des séjours face à des patients et des prises en charge de plus en plus complexes et mise en place d'un financement spécifique permettant une embauche de soignants et médecins dédiés à ces prises en charge lourdes et complexes.
- Maintenir et augmenter l'attractivité des personnels médicaux et paramédicaux dans les unités de médecine pédiatrique, de chirurgie pédiatrique et les blocs opératoires au travers de la revalorisation financière des personnels médicaux et paramédicaux :
 - Sur l'activité diurne et nocturne.
 - Sur la permanence de soin de nuit et de WE et férié.

Éléments complémentaires sur la meilleure prise en charge des enfants souffrant de maladies chroniques ou complexes (Ambition 3 sur l'amélioration des parcours en santé des enfants avec besoins spécifiques).

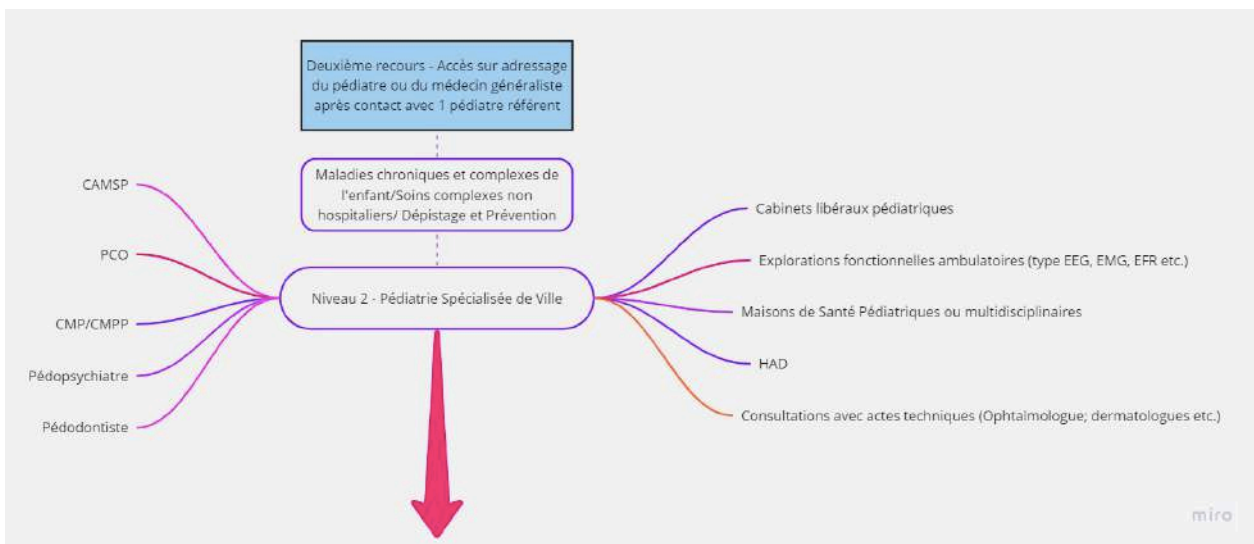
Brigitte Chabrol, Olivier Brissaud, Béatrice Pellegrino, Fabienne Kocher.



Niveau 1.



Niveau 2.



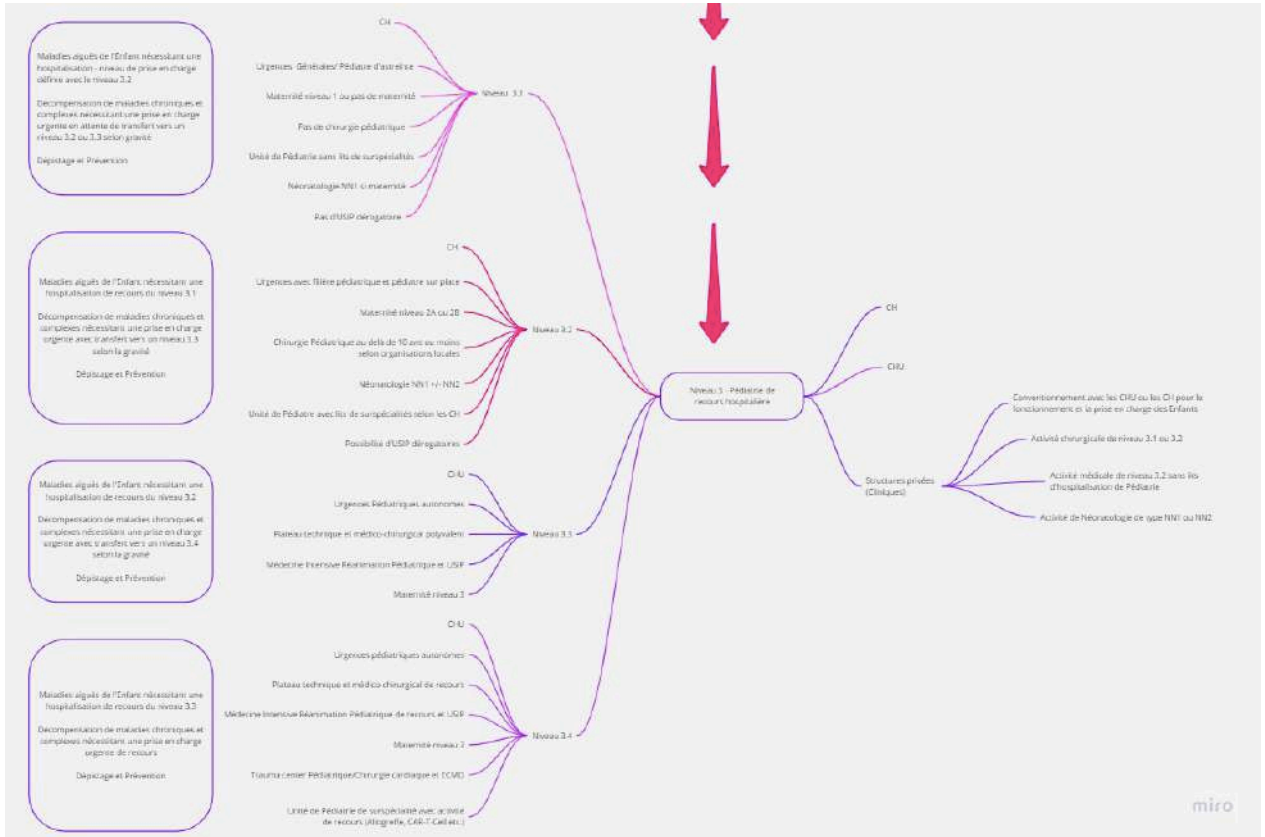
Niveau 3.

Eléments complémentaires sur la meilleure prise en charge des enfants souffrant de maladies chroniques ou complexes (Ambition 3 sur l'amélioration des parcours en santé des enfants avec besoins spécifiques).

Brigitte Chabrol, Olivier Brissaud, Béatrice Pellegrino, Fabienne Kocher.



Niveau 3.





**Points de vigilance relatif aux préconisations issues de l'Axe 4.
Loïc de Pontual, Corinne Bois.**

Le document final présente des avancées significatives pour la santé de l'enfant, nous citerons notamment :

- L'intensification de l'investissement dans les 1000 premiers jours de l'enfant avec des objectifs de moyens alloués à la PMI pour y parvenir (médecins, sages-femmes, puéricultrices), en préservant la compétence grossesse- naissance - 6 ans;
- Un pilotage clair de la santé scolaire et des objectifs globaux de santé centrés sur le bien être ;
- Une meilleure continuité des prises en charge de l'enfant par la création d'un statut de médecin de fonction publique attractif commun aux Maisons des 1000 jours et de l'Enfant / à la Santé scolaire / aux Centres de santé publics / à l'hôpital, qui permettra des exercices professionnels et une culture de prévention et de soins partagés ;
- La facilitation de nouvelles missions pour les puéricultrices et sages-femmes ;
- La mobilisation de la recherche, et le rétablissement d'une gouvernance d'ensemble de la santé de l'enfant dûment évaluée à moyen terme ;
- Le renforcement de la prise en charge en santé mentale ;
- La lutte contre les pertes de chances, qu'elles soient territoriales, économiques, éducatives ou liées aux maladies chroniques;
- L'adaptation des politiques de prévention aux nouveaux-risques qui pèsent sur les enfants.

Néanmoins, l'écrit actuel nécessite d'attirer l'attention sur des points de vigilance :

- **La nouvelle dénomination proposée pour les services de PMI : « Maison des 1000 jours et de l'enfant » devra :**
 - Etre compréhensible pour les usagers et mettre en avant le rôle sanitaire de ces services pour le suivi de grossesse et les 0-6 ans en AJOUTANT la notion de santé dans l'intitulé : « Maison des 1000 jours et de la santé de l'enfant » ;
 - Garantir les liens étroits avec les ARS, les DAC, les CPTS pour assurer la prévention et le soin, en coordination avec les autres acteurs (pédiatres libéraux, MG...) du parcours de santé ;
 - Permettre la « cohérence avec le schéma des services aux familles (SDSF) » pour la dimension du soutien à la parentalité ;
 - Réaffirmer le statut public des PMI sous cette nouvelle appellation « Maison des 1000 jours et de la santé de l'enfant », alors que les « Maisons des 1000 jours » actuelles présentent un statut et un contenu variable, plutôt axé sur le soutien à la parentalité que sur la prévention en santé ;
 - Affirmer le recours aux soins intensifié pour les 0-3 ans, tout en garantissant aussi une offre de consultations hors l'école jusqu'à 6 ans (nous préconisons même 7 ans pour coller aux âges des PCO 0-7 ans), si demande des parents ou nécessité de poursuite ou réinscription dans un parcours de santé : la PMI est ainsi un filet de sécurité pour délivrer les soins de premier recours de façon universelle, ET pour aller vers les enfants en situation de vulnérabilité quel qu'en soit le motif, y compris des alertes fournies par l'assurance maladie décrivant l'absence de données de suivi du nourrisson ou de l'enfant (Aller-vers facilité par le statut public : diapo 30 : ajouter PMI et santé scolaire);
-



**Points de vigilance relatif aux préconisations issues de l'Axe 4.
Loïc de Pontual, Corinne Bois.**

- **Le statut public commun revalorisé proposé pour les médecins PMI, santé scolaire, CMS, hôpital devra l'être à hauteur de celui des praticiens hospitaliers ;**
- **La revalorisation et les objectifs d'effectifs pour les médecins, sages-femmes, infirmières puéricultrices devra inclure les psychologues exerçant en PMI, ainsi que les psychomotriciens**, dont certains services se sont dotés plus récemment, et qui jouent un rôle fondamental à l'heure de l'explosion des difficultés psychologiques et de développement ;

→ Les normes proposées dans l'écrit (au regard des effectifs figurant à l'article DREES 2022) devraient également se décliner par nombre de naissances pour préfigurer le décret prévu en application de l'article 32 de la loi du 7 février 2022 relative à la protection de l'enfant :

- 2150 médecins contre 1680 en 2019 (+ 470 ETP), pour atteindre un médecin pour 350 naissances ;
 - 6300 IPDE vs. 4520 en 2019 (+ 1780 ETP), pour atteindre une puéricultrice pour 120 naissances ;
 - 1400 sages-femmes contre 1100 en 2019 (+ 300 ETP), pour atteindre une sage-femme pour 530 naissances ;
 - auxquelles il est nécessaire d'ajouter 750 psychologues contre 380 en 2019 (+ 370 ETP), pour atteindre un psychologue pour 1000 naissances ;
-
- **Il faut dissiper l'ambiguïté sur l'acteur impliqué dans la réalisation des bilans de 4 ans en école maternelle :**
 - La coordination par le médecin scolaire ne présente pas de plus-value à 4 ans et serait une erreur stratégique à court terme avec une santé scolaire en souffrance ;
 - Les deux bilans de 4 et 6 ans utilisent des outils et méthodes diagnostiques ou de repérage différents, pour des objectifs qui ne sont pas superposables, car liés à des âges de maturation bien distincts, mais tout aussi indispensables pour éviter les pertes de chance chez l'enfant ;
 - Les médecins PMI et les infirmières puéricultrices maîtrisent la technicité de l'examen à 4 ans, réalisé à 80%, et qui fait actuellement l'objet d'un projet de protocole de coopération, pour élargir encore les actes réalisables par ces dernières ; l'attention doit se porter sur un deuxième niveau de consultation médicale PMI si nécessaire, et un suivi post-orientations pour aider les parents les plus en difficultés ;
 - Choisir, faute de proposer un examen à deux niveaux à 6 ans (infirmier puis médical si nécessaire), entre les deux examens de 4 et 6 ans comme le suggère le rapport de l'IGAS 2023 serait particulièrement risqué :
 - Médecine générale et pédiatrie ambulatoire surchargés ;
 - Absence de toute consultation médicale annuelle (MG-Pédiatre- PMI) chez plus d'un enfant de 3-6 ans sur 20 (rapport « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, propositions de l'AM pour 2023 -p178) ;
 - Absence d'examen de prévention pour un bien plus grand nombre, comme le montre l'examen des carnets de santé ;
 - Cette absence de suivi est un facteur connu de majoration des consultations aux urgences pédiatriques ;
 - La priorité pour la médecine scolaire est de maintenir un examen au moins infirmier à 6 ans ;
 - La rencontre avec la famille, si possible par le médecin, à l'un des deux âges est une prévention des violences ; elle offre une guidance parentale pour les exigences scolaires, ce qui permettra à l'enfant d'être aussi dans une dynamique scolaire et de réussite avec les possibilités cognitives dont il dispose ;
 - La recherche d'articulations optimales entre PMI et Santé scolaire devra être expertisée selon les différentes configurations, notamment en cas de départementalisation expérimentale du services de santé scolaire ;
-



Points de vigilance relatif aux préconisations issues de l'Axe 4.
Loïc de Pontual, Corinne Bois.

- **Il faut rappeler l'importance d'un pilotage national PMI reposant sur une assise réglementaire renforcée**, garant à la fois d'une ambition pour la santé des enfants, des liens avec l'ambulatoire (pédiatrie et médecine générale), l'hospitalier, la santé mentale et développementale, et de l'équité entre les territoires :
 - **il y a toujours une ambiguïté entre activité et épidémiologie**, il s'agit en effet de : (diapo 18) ;
 - « Mieux suivre et coordonner l'activité des « Maisons des 1000 jours et de la santé de l'enfant » grâce à un pilotage national renforcé ET améliorer les connaissances sur l'état de santé des enfants suivis par des indicateurs de santé réguliers, via une incitation à la saisie d'information, notamment sur les certificats de santé renouvelés » ;
 - Inscrire la nécessité d'un pilotage PMI et santé scolaire articulé selon le rattachement institutionnel, avec des temps de partage d'expérience au niveau national, régional ou académique, départemental et local ;
- **La notion d' "équipe ayant une activité possiblement partagée entre maison des 1000 jours et de la santé de l'enfant, santé scolaire, CMS, hôpital " peut être source de confusion** : si le statut commun public est une avancée pour favoriser l'attractivité des carrières dans les divers secteurs et permettre des exercices partagés pour les individus qui le souhaitent, il est nécessaire de maintenir des équipes spécifiques en PMI (demain "maison des 1000 jours et de la santé de l'enfant"), en santé scolaire, et en centres de santé... pour préserver les missions propres de ces secteurs d'activité et leur cohérence ;
- **Recherche et parcours universitaires devront pouvoir être accessibles aux professionnels médicaux PMI et santé scolaire** (diapo 69 à compléter):
 - Les professionnels médicaux PMI et santé scolaire doivent pouvoir être initiateurs et acteurs des projets de recherche en santé des populations ou des sous-populations (enfants protégés par exemple) à l'échelle nationale et de leur territoire, pour guider les politiques de santé, et doivent bénéficier pour cela d'un temps dédié, et être soutenus par les facultés (thèses), l'INSERM, SPF, l'INED, l'IreSP, la CNAM, la DREES...) : recherche à intégrer pour les médecins scolaires, PMI, MG en CMS et MSP;
 - L'activité médicale de soins PMI ou santé scolaire serait reconnue dans les sous sections médecine générale, pédiatrie et santé publique, ouvrant ainsi la possibilité de parcours universitaires intégrés ;
- **Les risques environnementaux sont insuffisamment présents** dans ce rapport, à l'image de remontées plutôt faibles sur ce sujet, raison de plus pour soutenir les programmes qui ont été mis en avant lors d'auditions, comme la lutte contre les phtalates peu explicitée (diapo 51) et encourager toutes les initiatives de prévention et d'éducation pour la santé dans ce domaine : synthèse DGS réalisée en collaboration avec le CANAPMI « à l'usage des professionnels de santé de la périnatalité et de la petite enfance sur les risques sanitaires associés à l'exposition aux substances chimiques dans l'environnement domestique », brochure « Agir au quotidien » diffusée par le réseau périnatal 35, brochure « les perturbateurs endocriniens expliqués aux familles » réalisé par l'AFPEL (association française des pédiatres endocrinologues libéraux), guide à l'usage des médecins libéraux conçu par l'URPS ML PACA, flyer ARS Aquitaine de prévention environnementale à destination des parents, etc.

ANNEXES.

1. Participation des enfants aux Assises de la Santé de l'enfant : « *Activité physique et santé* ».
 2. Liste des rapports analysés.
 3. Liste des tables rondes et des personnes et organisations auditionnées.
 4. Données sur les 1899 contributions écrites déposées sur la plateforme *Solen*.
 5. Consultation menée auprès des parents menée par l'UNAF.
-



ANNEXE.

Participation des enfants aux Assises de la Santé de l'enfant :

« *L'activité physique et ma santé* ».



I. CONTEXTE

Sur proposition de M. Adrien Taquet en date du 24 janvier 2023, le Collège des enfants du Haut Conseil à la famille, à l'enfance et à l'âge (HCFEA) a participé à la concertation organisée dans le cadre des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant.

La concertation s'est structurée autour de 3 ateliers en visioconférence, animés par les 3 associations coordinatrices du Collège des enfants, auxquels un total de 9 enfants ont pu participer, le 16 février, le 7 mars et le 23 avril 2023.

II. PRECISIONS QUANT AUX METHODOLOGIES EMPLOYEES

Les techniques d'animation de la participation utilisées dans le cadre du Collège des enfants du HCFEA s'appuient sur les pratiques et principes de l'éducation populaire et de l'intelligence collective.

Elles visent en premier lieu à mettre en place les conditions d'une libre participation des enfants : il s'agit d'établir une relation de confiance dans un cadre bienveillant, et d'adopter, dans la communication et les échanges, une posture d'égalité vis-à-vis des enfants, qui soit à l'opposé d'une posture dominante.

Dans ce cadre, le déroulé des travaux construit par les facilitateurs permet, de plus, une appropriation progressive des thématiques par les enfants, afin que ceux-ci puissent au fur et à mesure des échanges, se construire un positionnement personnel sur le sujet en s'appuyant sur les échanges avec leurs pairs. Cette méthodologie ne répond pas à un objectif d'éducation des enfants mais il s'agit ainsi de garantir une expression libre des enfants, dans une logique d'émancipation.

La posture des facilitateurs est donc bien de faciliter les échanges permettant cette appropriation – non d'orienter – et ainsi d'accompagner l'émergence d'une parole individuelle et la construction collective d'un consensus

Pour faciliter cette appropriation des enfants, il a ainsi été décidé de les amener progressivement à entrer dans le cœur de la thématique et de ses enjeux au prisme des droits de l'enfants, d'une part (1^{re} séance), et des besoins fondamentaux de l'enfant, d'autre part (2^e séance).

III. SYNTHÈSE DES TRAVAUX

NB : Les verbatim des enfants sont signalés entre guillemets.

A. APPROCHE PAR LES DROITS ET LES BESOINS FONDAMENTAUX

1. Première séance : inégalité d'accès aux soins et conséquences physiques

Après présentation du cadre de la consultation, les animateurs proposent aux enfants de revenir sur les principes généraux de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) et son article 24 relatif au droit à la santé.

Au gré des réflexions, les enfants ont souhaité aborder à travers leur contribution les sujets suivants :

- la santé mentale et ses conséquences physiques ;
- les inégalités d'accès aux soins de santé pour les enfants en situation de vulnérabilités ;
- réflexions sur le respect par la France de l'article de la CIDE sur le droit à la santé et à l'accès aux informations sur la santé ;
- relations entre le droit à la santé et les autres principes généraux de la CIDE (conditions de vie décentes, intérêt supérieur de l'enfant, droit d'être entendu...).

2. Deuxième séance : la santé des enfants

En sous-groupes, travail (au choix) sur :

- l'accès à la santé ;
- les conditions de vie décentes pour être en bonne santé ;
- les besoins spécifiques de l'enfant en matière de santé.

Éléments de réflexions :

- « *Les enfants ont des besoins assez proches de ceux des adultes, le problème c'est que leurs besoins dépendent des adultes alors que les adultes sont autonomes* » ;
- donner aux enfants et former les adultes (professionnels, parents...) aux différents moyens pour que les enfants, notamment les plus jeunes, puissent exprimer à leur manière leurs besoins en termes de santé (communications alternatives, communications non-violentes, écoute active, langage des signes pour les tous petits...) ;
- problèmes de l'inégalité d'accès aux soins qui ne concernent pas que les enfants : « *médecins généralistes mais encore plus vrai pour les spécialistes comme les psys, les dentistes, les kinés ou les ophtalmo* » ;
- manque de connaissance des enfants sur les déterminants d'une bonne santé, donc nécessité de sensibilisation ;
- cette question de l'information s'inscrit plus globalement dans le cadre de la prévention en santé qu'il faut développer ;
- « *L'accès au sport et à l'activité physique est essentiel pour rester en bonne santé et donner goût à ce qui maintient en bonne santé* » ;
- « *Il n'est pas facile de faire la distinction entre les activités sportives et les activités physiques* ».

B. L'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE

1. Remue-méninges collectif sur le sport, l'activité physique et la santé

- L'activité physique est bonne à tous les niveaux :
 - o santé physique (pour devenir en bonne santé et le rester),
 - o santé mentale et bien-être ;
- Il s'agit également d'un moment important de socialisation et d'apprentissage de la vie en groupe (surtout pour les sports collectifs)
 - o éducation par le sport : éthique et valeurs liées au sport ;
- « *Il faut distinguer le sport pour la santé du sport pour la compétition, qui n'est pas accessible à tout le monde* » ;
- « *Que ce soit en sport ou en loisir, le sport c'est important* ».

2. Échanges sur l'activité physique quotidienne

Introduction des échanges par une vidéo gouvernementale sur les 30 minutes d'activité physique quotidienne (APQ), projetée en séance : <https://www.youtube.com/watch?v=WS6EBW6IPYE>

a. Réactions à la vidéo

- Sentiment global que l'obligation d'APQ est une bonne initiative ;
- Comme l'école est obligatoire, ça permet d'atteindre plus de personnes ;
- Il faudrait étendre l'activité physique au secondaire ;
- Paradoxe relevé : on a diminué le temps de récréation il y a quelques années pour mettre plus de temps d'apprentissages, là on revient en arrière ;

b. Interrogations quant aux éléments présentés :

- Interrogations sur les raisons des inégalités filles/garçons sur l'activité physique quotidienne
 - « *La distinction entre l'activité physique et le sport-santé n'est pas évidente* » : quelles autres solutions que le sport ?
 - La baisse de l'activité physique dans le temps ;
 - L'activité physique comme moyen de donner goût au sport ;
 - Les possibilités d'activité physique en dehors de l'école ?
-

c. Ateliers en 2 sous-groupes sur les thèmes suivants (au choix) :

- 1) Les autres activités physiques que le sport.
 - 2) La baisse de l'activité physique dans le temps.
 - 3) Les inégalités filles/garçons en termes de sport et d'activités physique.
 - 4) Freins pour le développement de l'activité physique quotidienne (dans le secondaire notamment).
-
1. Les autres activités physiques que le sport.
 - « *Avant même de parler d'activités physiques, il y a des inégalités d'accès aux clubs de sport en fonction du lieu où on vit* » ;
 - Il existe des applications qui comptent le nombre de pas avec des cadeaux, ce qui encourage à marcher ;
 - Autres solutions : les déplacements à vélo et à pied qui permettent de faire d'une pierre deux coups avec l'inflation et la crise écologique.
 2. La baisse de l'activité physique dans le temps.
 - « *Plus on avance dans le temps, moins les jeunes bougent, avant il y avait moins de distractions, il n'y avait pas de téléphones et d'ordinateurs du temps de nos grands-parents donc on faisait plus de sport, on allait voir nos amis* » ;
 - Il y a 100 ans les jeunes faisaient plus de sport car moins d'attrance à rester sédentaire, aujourd'hui plus d'activités sédentaires proposées (jeux vidéo, etc.) qui sont très faciles d'accès ;
 - Or l'activité physique permet une meilleure concentration.
 3. Les inégalités filles/garçons en termes de sport et d'activités physique.
 - « *Ces inégalités apparaissent plutôt dans le monde des adultes au travail, en revanche quand on est adolescent elles sont moins présentes* » ;
 - Il y a des stéréotypes ancrés sur la pratique du sport entre les filles et les garçons, le sport et l'activité physique étant souvent présentés comme des occupations de garçons :
 - « *On présente souvent les filles comme ayant des capacités moindres alors que c'est un mythe* » (garçons qui ne veulent pas jouer avec les filles, souvent choisies en dernier) ;
 - On le retrouve dans les barèmes de notation en EPS, alors qu'ils sont stigmatisant pour les garçons qui ne sont pas forts en sport.
 4. Freins pour le développement de l'activité physique quotidienne (dans le secondaire notamment).
 - Plus compliqué à faire au collège car plus de cours avec des professeurs différents ;
 - Réduire les heures de cours pour faire de l'APQ permettrait aux élèves d'être plus concentrés pendant les cours ;
 - « *Les élèves seraient peut-être moins enthousiastes, c'est plus dur de faire bouger des adolescents* » ;
 - Plus on grandit moins on fait de sport car cela est remplacé par les cours, si on veut en faire c'est en plus (entre midi et 2 ou après les cours) et pas proposé par tous les établissements.

Contribution du Collège des enfants du HCFEA.



Le Collège des enfants du HCFEA présentera la restitution de ses travaux lors de la séance du Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA du 29 juin 2023.

Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bientraitance, dans une approche intergénérationnelle.



*Vidéo présentant la conduite du projet et les propositions des jeunes accueillis
au CMSEA Dame la Horgne à Montigny-lès-Metz (57).*



Les activités physiques et sportives ...

- ça nous fait du bien:
 - on se défoule
 - on est détendu
 - on oublie les problèmes
 - on ne pense à rien
 - on se vide la tête



- ça nous calme :
 - quand on est triste, ça permet d'enlever la rage
 - quand on est énervé, on peut taper dans un ballon ou aller marcher
 - quand on a des problèmes de comportements

- ça nous apprend des choses
 - les muscles, le corps humain, le squelette...
 - les sports

- ça donne confiance :
 - on rend fier les gens
 - on est fier de soi-même
 - avoir des copines, rendre fière ma copine pour montrer qu'on prend soin de soi, qu'on est fort,....
 - on gagne de la force, des muscles
 - on a des objectifs à atteindre, on en doit pas renoncer, on apprend à aller au bout des choses (ex: escalade=> vaincre ses peurs => « Je me suis senti différent », « j'étais rassuré »)
 - on apprend à se dépasser, à avoir du courage



- ça crée du lien : on peut se faire des potes
- ça nous aide à nous contrôler => être moins énervé
- le sport de façon régulière ça fait maigrir, donc on peut manger :
 - des tacos, des pâtes, de la sauce andalouse, boisson énergisante, monster, fanta, coca-cola...

-Le sport ça peut aussi nous exciter

Comment améliorer notre bien-être?

On peut plus aider les autres quand ils ont du mal => apporte du bien,
on peut être fier de ce qu'on fait => joie

Créer du lien



Faire plus d'activités en famille (patinoires, piscine, lac de la Madine)
parce que faire du sport en famille ça rend heureux.

Aller dehors en famille, entre amis

faire ce que l'on aime => utiliser son imagination pour faire du sport /
pour adapter les sports (ce n'est pas obligé d'avoir un ballon de
basket et un panier)

Le lien classe/ sport

-affiches que l'on fait en classe et qui sont vues par tout le
monde => ça montre qu'on peut se dépasser => content
-apprentissages

Qu'on soit accompagné pour faire du sport à l'extérieur

Profiter de la vie

L'école c'est important



Foyer de l'enfance de l'Eure.



ASSISES DE LA SANTE

Cross du F.D.E.

24/05/2023

Evreux

Département de l'Eure



Foyer de l'enfance de l'Eure.



Réunion BV – assises de la santé		Date : 17.04.2023
Présents : 6 jeunes de 12 à 18 ans	Rédacteur : MH	Durée : 2h
C'est quoi être en bonne santé ?		
Maxime	Faire du sport, du foot, Je suis en bonne santé quand j'ai ma console	
Léo	Je me sens en bonne santé. J'aime la pêche et ça me fait du bien à la santé mentale, ça me détend, d'être au calme, au milieu de nulle part. J'ai même demandé à avoir des quartiers libres depuis que je suis placé pour pouvoir y aller car je ne peux plus y aller tous les jours. Je suis capable de marcher jusqu'à la Bonneville (20km). Le sommeil c'est important, sinon on est irritable	
Gaël	Je me sens en bonne santé. J'ai déjà fait de l'escalade. Je ne vais plus en salle car j'ai cassé la canne à Oukante.	
Luca	Avoir la santé, c'est avoir des muscles, il faut bruler des caloriques : des tractions, des pompes, des abdos. Faire fonctionner le cardio. Je faisais de la course mais j'ai arrêté parce que j'ai eu un pb de santé. J'essaie d'arrêter de fumer. Le sport, ça dégrasse les poumons. Le sport que je fais c'est la console, ça muscle les pouces mais ça m'éclate les yeux, il faut que je fasse des pauses. Ça me détend et ça me calme, mais c'est pas forcément bon pour la santé ! C'est différent que de faire de la muscu, des étirements en salle	
Valentin	J'adore le sport et le foot en particulier, ça me fait du bien au moral et à la santé. Je ne me sens pas en bonne santé, je suis en dépression, j'aimerais voir ma mère, aller chez elle. Quand je fais du foot ça m'aide, le tabac aussi. Je faisais du foot au club de Brionne. Ici, je fais du foot avec les jeunes et les éduc. J'aime bien sortir, même quand il pleut, ça me permet de décompresser. Je ne vais plus à l'école, j'allais à l'IPTP de Breteuil. Je faisais du sport là-bas (saut en hauteur, squat, ...) A la fin du sport, ça faisait mal aux jambes. On faisait des parties en forêts avec des balises. Dans 4 mois, je serais chez moi et je referais du sport, mais pas dans un club. En plus de faire du sport il faut aussi, bien manger : des kebbabs parfois (mais pas tous les jours) mais aussi de la salade. Si je ne mange pas assez, j'ai encore faim, et ça me fait du bien de bien manger et de boire de l'eau et éviter les cochonneries (comme l'alcool). Ça me détend de faire la cuisine J'aime bien marcher autour d'un lac (2.5 km), quand j'étais chez moi je marchais tous les jours.	
Orhan	Je me sens en bonne santé. Moi, j'aime bien manger, j'aime pas bouger, ça ne me procure pas de plaisir. J'ai fait de l'escalade à l'école, rue C Ader. Si on met dit qu'il y a quelque chose après (sous-entendu de la nourriture), je cours ! J'ai fait du judo pendant 2 ans mais je n'aimais plus. J'aime bien le badminton	

Foyer de l'enfance de l'Eure.



Réunion BV – assises de la santé		Date : 17.04.2023
Présents : 6 jeunes de 12 à 18 ans	Rédacteur : MH	Durée : 2h
C'est quoi être en bonne santé ?		
Plus généralement	Quelques-uns aiment le BMX et il y a un terrain pas très loin mais où ils ne vont pas. Il n'existe pas actuellement de participation financière pour faire des activités C'est bien de faire de l'activité physique c'est bon pour le cœur. Si on dort mal on peut être plus irritable. Dormir ça peut être angoissant aussi. On ne dort pas suffisamment ici	
Qu'est-ce qui manque pour faire de l'activité physique au FDE ?	- Meilleure nourriture (plus de kebab, tacos) et avoir plus d'allocation pour pouvoir manger mieux et pas seulement des tacos ! - Une salle de sport en bon état : vélo elliptique, tapis de marche, ...et mieux équipée - Aller en club pour faire du sport à l'extérieur (contact avec une association de secteur), aller à l'escalade - Le groupe s'est bien quand on fait du sport - Plus de visites avec les parents - Faire des randonnées en forêt la nuit (adrénaline) - Plus de règles et de cadre (débat entre eux !!!) - Manque de véhicule pour faire les transports (2 au lieu de 4)	

Foyer de l'enfance de l'Eure.

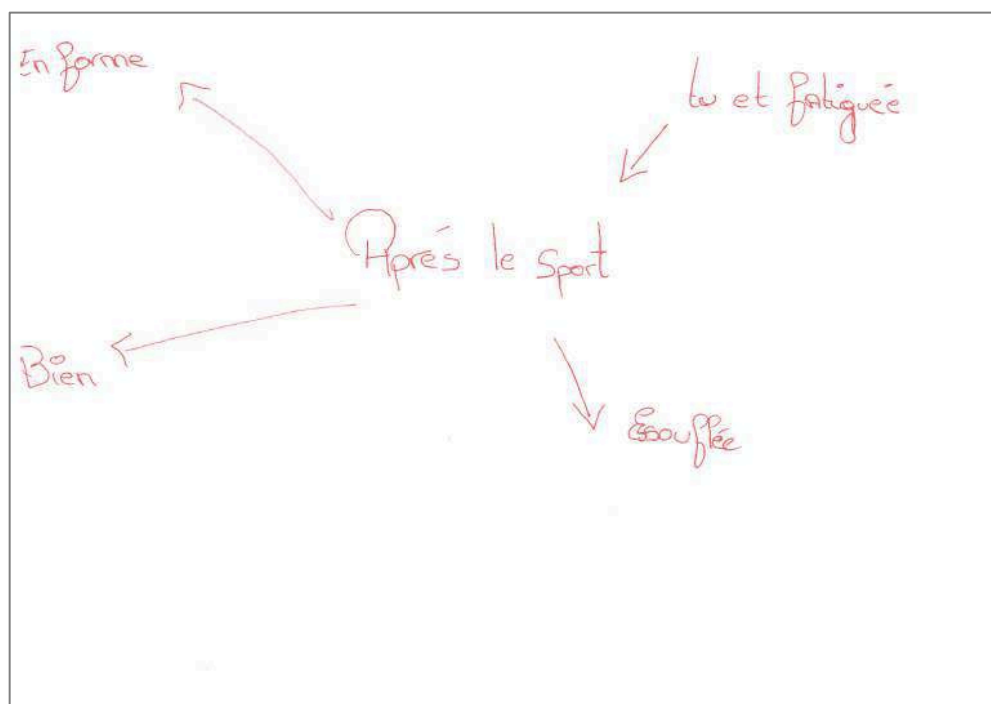
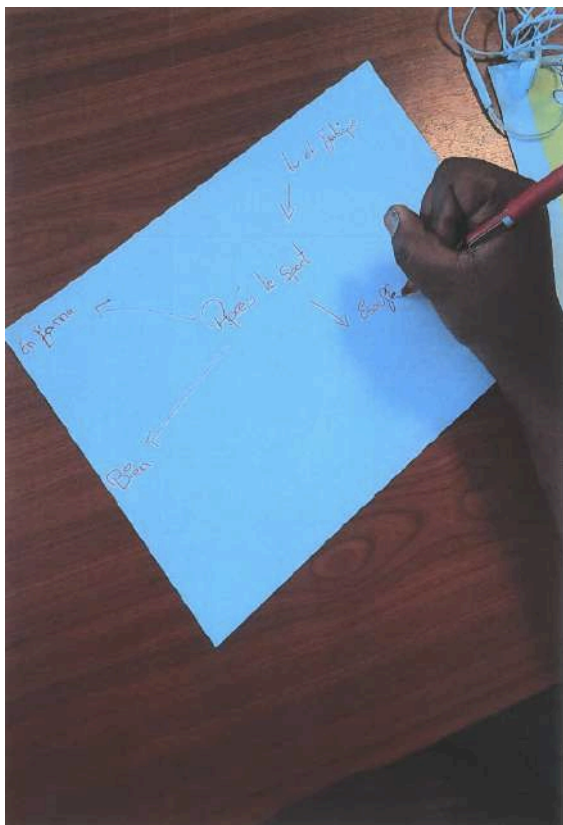


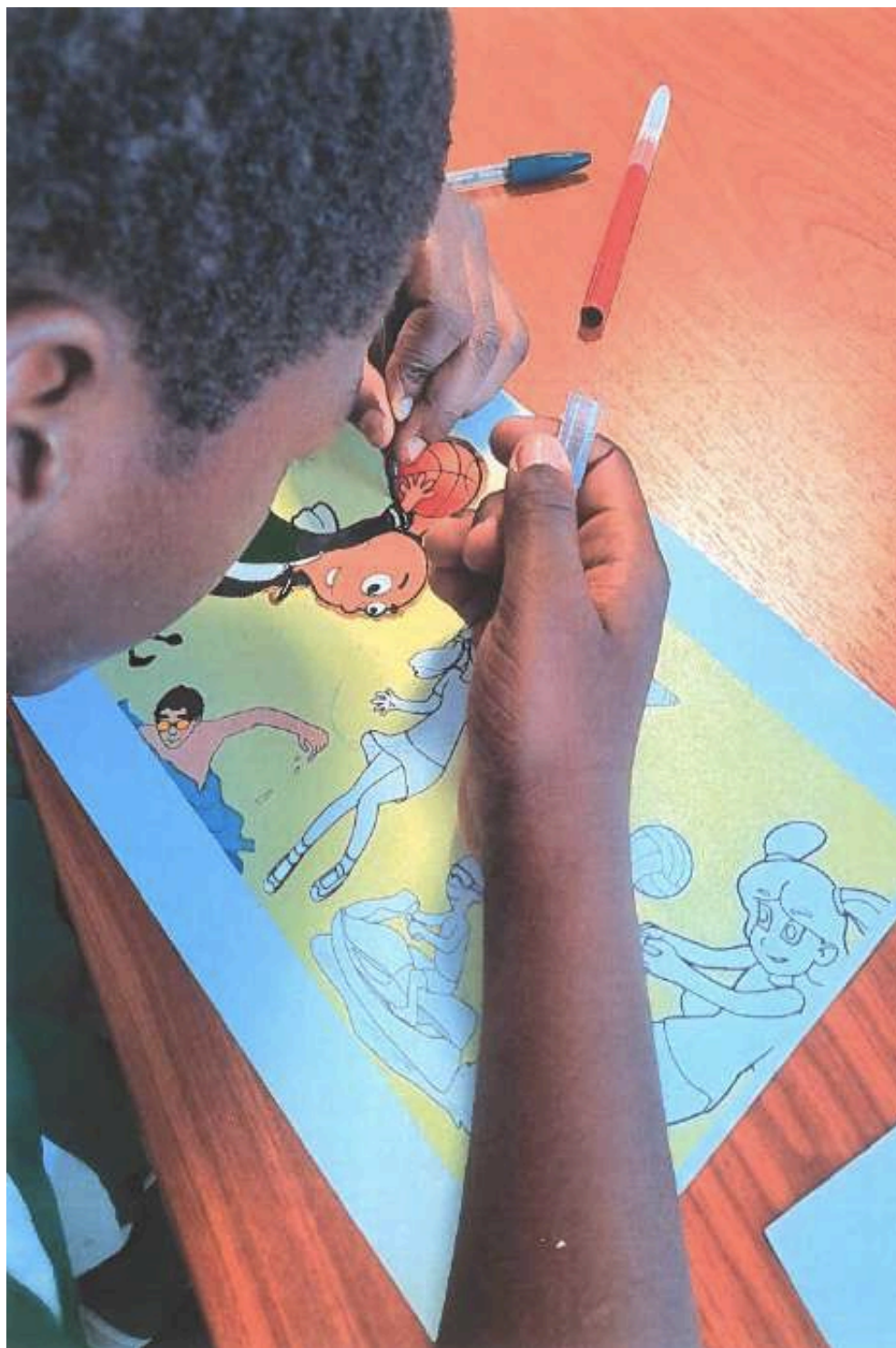
Réunion FDE Petite enfance – assises de la santé		Date : 19.04.2023
Présents : 9 enfants de 4 à 6 ans	Rédacteur : MH	Durée : 1h15
Question : c'est quoi la santé et l'activité physique ?		
Steve	C'est manger des légumes, des fruits	
Simon	C'est quand on est très essoufflé on peut arrêter de courir. Je suis souvent essoufflé car je suis asthmatique. Je pense que je ne suis pas en bonne santé à cause de l'asthme. L'activité physique c'est quand on fait du foot au stade et du basket en dehors du foyer et aussi du vélo en dehors du foyer. On pourrait faire des jeux olympiques et paralympiques (pour les handicapés) Etre handicapé, c'est des gens qui ne peuvent pas voir et qui ont des bras en moins. Tout le monde a le droit de faire du sport qu'on soit handicapé ou pas. Faire du sport, ça fait travailler la respiration, le cœur, les jambes, les bras et tout. J'aimerais faire du foot au stade de Paris (là où y a M'Bappe), être dans l'équipe de France. On pourrait aussi faire du trampoline.	
Louane	C'est faire du vélo et du basket, du motocross et du foot. Je voudrais faire du vélo plus souvent	
Ryad	J'ai conduit un train, j'aimera faire des abdos, courir et faire du yoga et de la gym. C'est bien le yoga, on pourrait en faire au foyer	
Clara	J'aime bien faire du sport pour avoir plus de forces et manger des légumes et des fruits et boire de l'eau. Je voudrais faire de la danse, chanter et faire de la gym	
Océane	C'est courir. Je sais faire le grand écart. Il faudrait faire du foot et du basket et jouer au frisbee	
Christian	Il faut faire des pompes et après de abdos. J'ai un ballon de foot à ma maison, je fais du foot. Je sais comment on fait des saltos	
Théo	Je ne fais pas de sport, je voudrais faire du rugby	
Chris	Je fais du foot	

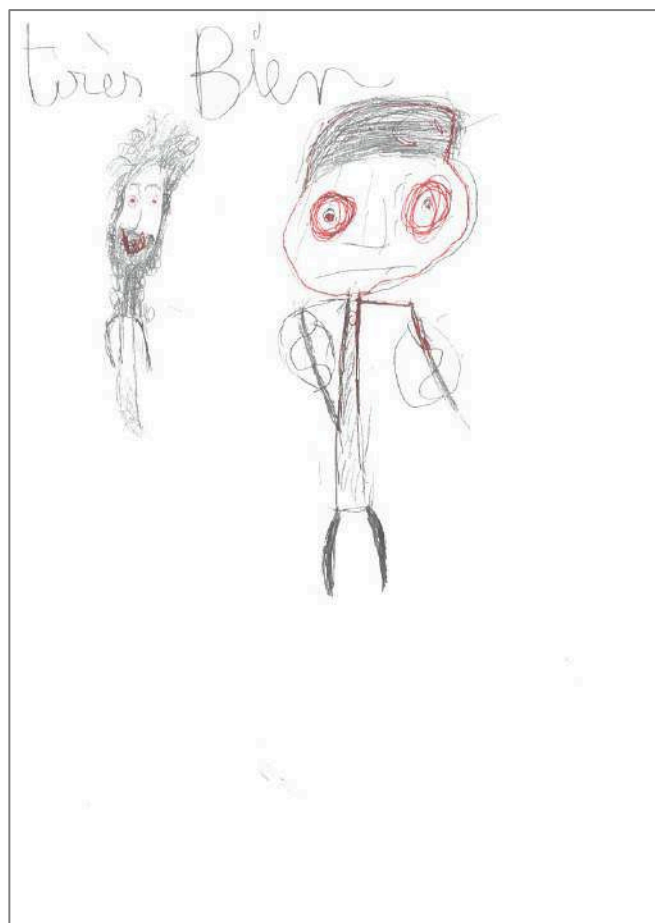
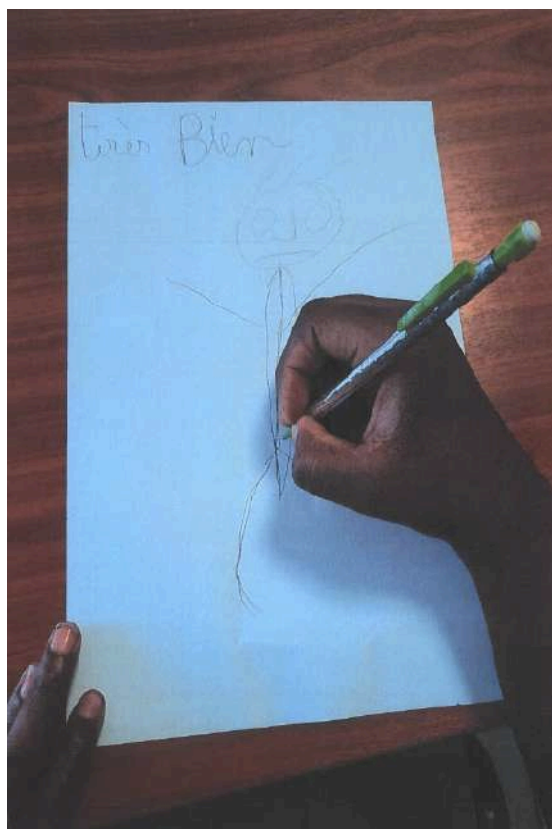
Foyer de l'enfance de l'Eure.



Réunion FDE Petite enfance – assises de la santé		Date : 19.04.2023
Présents : 9 enfants de 4 à 6 ans	Rédacteur : MH	Durée : 1h15
Question : c'est quoi la santé et l'activité physique ?		
	5 enfant se sentent en bonne santé quand on leur pose la question On a déjà fait du cross Je cours comme une gazelle comme Sonic Tout le monde fait du sport : vélo, marche, ... Quand on fait du toboggan, c'est pas du sport Faire du sport, ça peut se faire à l'extérieur (à Paris) A l'école on fait du sport avec la maitresse et une autre dame	
Qu'est-ce qui manque pour faire de l'activité physique au FDE ?	Pour faire du sport au foyer on pourrait faire du yoga, on peut courir. On a aussi des ballons pour jouer au foot, la balle au prisonnier On fait aussi du vélo mais ils sont tous cassés ! On fait aussi des ballades à pied mais pas très souvent. On voudrait en faire plus souvent parce que c'est comme du sport. Des fois on danse pour les anniversaires On pourrait faire du skateboard pour l'équilibre et du karaté pour s'épuiser et se fatiguer, parce que ça fait du bien à la tête Mettre plus de dalle et retirer de l'herbe pour mettre un panier de basket ou un petit terrain de foot On n'a pas parlé du tennis Les filles peuvent aussi faire du foot, mais les garçons peuvent faire de la danse	







Qualités	Teddy Riner.	Projet:
1 - Professionnel	* 7 fois médaillé d'or	- Joulisse: aide à la personne.
2 - Pro	* Champion guadeloupéen.	- Gabriel: Champion de judo
3 - Discipliné	* Jeux olympiques	- Eddy: Joueur de foot pro
4 - S'entraîne beaucoup (endurance)		* Gabriel: 5
5 - Apprendre de nouvelles techniques (se renouveler)		* Eddy:
6 - Persévérance.		* Joulisse:
7 - Ecoute / Attention.		
- Pas abandonné (Résilience)		

Pour moi bonne santé = sport.

Mettre plus d'activité → il faut que chaque enfant puisse
participer gratuitement, que ce soit près de moi.)

Non, parce que j'ai pas pu trouver une activité qui
m'a correspond

Le sport est bon pour la santé.
Le sport est aussi bon pour l'obésité et le
surpoids.

Oui, je suis satisfaite des activités qu'on me
propose.

Mariella

pour moi je pense que le sport est bon pour la santé
quand on fait du sport on se sent mieux, quand on se force,
on a le plaisir. Je propose une activité quand on a
que se soit plus près qui nous plus (vrai) ou faux

1. C'est pour moi bonne santé = sport.
mettre plus d'activités
plus près
oui ou

Contribution des Francas dans le cadre des assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant.



Depuis leur création, particulièrement après la ratification par la France de la CIDE, les Francas s'attachent à promouvoir et mettre en actes les droits de l'enfant, notamment les droits de participation.

Afin de renforcer la mise en oeuvre de cette ambition, avec les acteurs de l'action éducative locale (animateurs, directeurs, enseignants et personnels d'éducation, éducateurs spécialisés, etc.), les Francas recueillent des expressions d'enfants et d'adolescent.es sur leurs conditions de vie, d'éducation et d'action. Il s'agit d'être leur porte-voix auprès des acteurs de la vie publique locale et nationale et de susciter des transformations dans l'action éducative locale en répondant mieux à leurs besoins éducatifs, sociaux et numériques.

Les expressions des enfants et des adolescent.es sont publiées sur un site www.enfantsacteurscitoyens.fr depuis notamment leurs espaces éducatifs, dont les espaces de loisirs.

En réponse à la sollicitation qui a été adressée à la Fédération nationale des Francas dans le cadre des assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant, deux registres de contributions sont envoyés par les Francas.

Il s'agit d'une part d'expressions d'enfants à partir de questions posées par leurs animateurs. Elles proviennent essentiellement d'enfants vivant en Meurthe et Moselle.

D'autre part, il s'agit d'un extrait de l'analyse produite par une équipe d'universitaires¹, qui a travaillé sur 500 expressions d'enfants publiées sur le site enfants acteurs citoyens en 2019 et 2020 et qui portent sur des questions de santé. Ces 500 publications correspondent à l'expression de plus de 38 000 enfants et adolescent.es.

1. Baptiste Besse-Patin, Véronique Claude, Nathalie Roucous, chercheur-e-s associé-e-s et titulaire, Experice, Université Paris 13.



1- DES EXPRESSIONS D'ENFANTS SAISIES POUR CONTRIBUER AUX ASSISES.

Oeting (54)- Centre de loisirs périscolaire- 6 enfants de 6 à 11 ans.

Qu'est-ce que c'est être en bonne santé ?

- Lilie (10 ans) : Bien manger.
- Sana (11 ans) : C'est ne pas être malade.
- Lily (10 ans) : Avoir des vitamines
- Elena (10 ans) : Manger sainement
- Niel (6 ans) : Rien
- Kahina (8 ans) : Ne pas être malade.

Quand on parle de santé, c'est quoi prendre des risques ?

- Sana : Fumer
- Elena : Quand tu as le pied cassé et que tu n'utilises pas tes béquilles.
- Kahina : Moi parfois je ne me brosse pas les dents et je risque d'avoir une carie.

Quels peuvent être les plaisirs pour être en bonne santé ?

- Lilie : Manger
- Sana : S'aérer, aller dehors.
- Elena : Ne pas penser à la douleur.
- Kahina : Jouer.
- Niel : Rigoler, sauter, courir.

Oeting (54)- Centre de loisirs périscolaire- 5 enfants de 8 à 9 ans.

Qu'est-ce que c'est être en bonne santé ?

- Andréa (8 ans) : C'est bien manger, boire, et être de bonne humeur.
 - Clémence (8 ans) : C'est ne pas avoir de maladie.
 - Emmie (8 ans) : C'est être heureux.
 - Hugo (9 ans) : Bien boire et bien manger.
 - Lia (8 ans) : Quand on est excité c'est qu'on est en bonne santé.
-

Contribution des Francas dans le cadre des assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant.



Quand on parle de santé, c'est quoi prendre des risques ?

- Lia : C'est par exemple sauter en parachute d'une montagne.
- Hugo : Sauter dans le vide.
- Emmie : Manger trop de sucre.
- Andréa : Ou trop de sel.
- Lia : Quand on retient notre respiration aussi.
- Clémence : Si on ne mange pas et boit pas pendant plusieurs jours.

Quels peuvent être les plaisirs pour être en bonne santé ?

- Emmie : Être joyeux
- Andréa : Jouer ; Manger des fruits.
- Clémence : Être en forme, manger des légumes.
- Hugo : Rester de bonne humeur ; ne pas manger ni trop salé, ni trop sucré.

Oeting (54) – Centre de loisirs périscolaire- 3 enfants de 6 à 7 ans.

Qu'est-ce que c'est être en bonne santé ?

- Nina (7 ans) : tu n'es pas malade, t'es bien, tu vas à l'école et si tu es malade tu ne peux pas aller à l'école et tu ne peux plus apprendre. Et ça je ne veux pas, parce que j'aime bien l'école.
- Anna (6 ans): il faut manger des légumes tous les jours, mais moi je mange que la moitié de mon assiette parce que je les aime pas tous.
- Eden (7 ans, malentendante, appareillée) : c'est ne pas être malade, parce que si tu es malade tu dois rester au lit et tu ne vas pas voir tes amis. Tu es obligé de prendre des médicaments pas bons. Mais parfois y'en a que tu aimes bien.

Quand on parle de santé, c'est quoi prendre des risques ?

- Nina : c'est quand tu manges des bons et des chocolats et que tu ne manges pas tes 5 légumes par jour. Et si on ne prend pas les médicaments pas bons.
- Anna : je prends mes médicaments parce que je ne veux pas prendre le risque de rester malade.
- Eden : il faut faire attention à ce qu'on mange et bien prendre tes médicaments, et de pas les vomir sinon tu ne guéris pas.

Quels peuvent être les plaisirs pour être en bonne santé ?

- Nina : Prendre mes médicaments toute seule et que maman soit fière de moi.
- Anna : Manger, prendre mes médicaments (parfois je m'oblige et ça c'est pas un plaisir) mais j'aime les prendre pour me guérir.
- Eden : quand mes médicaments sont bons. De bien s'habiller, de s'abriter et de ne pas être pieds nus, et ça c'est un plaisir, de bien faire attention pour ne pas tomber malade.



Centre de loisirs de Domgermain (54) Centre de loisirs, enfant de 5 à 10 ans.

Qu'est-ce que c'est être en bonne santé ?

- Cécile (9 ans) : Bien manger, sortir, faire du sport.
- Louane (9 ans) : Faire des activités physiques, bien dormir.
- Eva (9 ans) : s'aérer.
- Charline (9 ans) : Bien manger.
- Lottie (10 ans) : Faire des activités physiques.
- Julia (5 ans) : se sentir bien. Quand on se sent bien, c'est qu'on est en bonne santé.

Quand on parle de santé, c'est quoi prendre des risques ?

- Victor (10 ans) : Manger des sucreries.
- Lottie : Manger du poison quand on est petit et qu'on ne sait pas que c'est du poison, comme les baies toxiques ou le plastique.
- Louane : Fumer. Ça développe les cancers, boire de l'alcool en trop grande quantité.
- Cécile : La drogue.
- Eva : Fumer et boire de l'alcool.

Quels peuvent être les plaisirs pour être en bonne santé ?

- Louane : Manger des légumes.
- Rubina : Bien se nourrir.
- Lottie : Ne pas manger à la cantine.
- Cécile : Manger des champignons.
- Louane : Faire de l'équitation.
- Julia : Il faut rester joyeux et ne pas être triste pour rester en bonne santé.
- Victor : Faire du sport et de l'équitation.
- Julia : Manger des concombres.

Domgermain (54)- 18 enfants de 3 à 10 ans.

Qu'est-ce que c'est être en bonne santé ?

- Lou : 4 ans : Quand on sourit et qu'on est content
 - Maël : 7 ans : Manger des légumes, bien manger
 - Aliya : 9 ans : C'est être bien dans son corps, se sentir bien
-

Contribution des Francas dans le cadre des assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant.



- Tymeia : 7 ans : Pouvoir boire et manger
- Maiween : 7 ans : Grandir en mangeant correctement
- Lizie : 9 ans : Être malade pas très souvent, se soigner quand on est malade, faire du sport
- Paol : 7 ans : Pas manger trop de bonbons, manger de la soupe et de la viande et des légumes
- Adèle : 5 ans : Pas manger trop, prendre des vitamines
- Baptiste : 7 ans : Ne pas être malade
- Gabriel : 4 ans : Pas se faire mal, grandir
- Mila : 8 ans : Grandir sans avoir de problème
- Norah : 3 ans : Il faut manger des légumes
- Gabrielle : 5 ans : Il faut manger 10 légumes par jour et 10 fruits
- Tom : 10 ans : Faire du sport
- Emma : 6 ans : C'est bien dormir, bien travailler
- Léa : 7 ans : C'est bien dormir, bien manger, bien travailler et bien écouter.
- Louis : 5 ans : Bien manger, bien courir, bien écouter.
- Thomas : 9 ans : De faire du sport et de manger 5 fruits et légumes par jour.

Quand on parle de santé, c'est quoi prendre des risques ?

- Lou : Aller faire des câlins à quelqu'un de malade.
 - Maël : Tomber en trottinette, se couper.
 - Aliya : Prendre trop de médicaments.
 - Tymeia : Manger trop de sucre.
 - Maiween : Ne pas regarder la route.
 - Lizie : Par exemple quand quelqu'un est malade faut éviter de l'approcher.
 - Paol : S'approcher de quelqu'un qui a la gastro.
 - Adèle : Perdre sa famille.
 - Baptiste : être en tee-shirt dans la neige.
 - Gabriel : se brûler avec du feu.
 - Thomas : C'est de fumer, faire de la moto, faire des choses dangereuses pour la santé.
 - Louis : De fumer, de boire 50 vins par jour.
 - Léa : Ne pas fumer.
 - Emma : Ne pas sentir des produits, de la fumée.
-

Contribution des Francas dans le cadre des assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant.



Quels peuvent être les plaisirs pour être en bonne santé ?

- Lou : Jouer.
- Maël : Faire du sport.
- Aliya : Bien manger.
- Tymeia : Bien dormir.
- Maiween : Mettre son manteau pour sortir.
- Lizie : Faire du sport.
- Paol : Faire de la natation.
- Adèle : Boire de l'eau.
- Baptiste : Faire du football.
- Gabriel : Manger des légumes.
- Emma : Jouer.
- Léa : Jouer, faire des câlins, avoir des copains.
- Louis : Jouer, courir, faire des câlins, de bien dormir, acheter des jouets.
- Thomas : De faire du sport.

Centre de loisirs de Domgermain (54) - 6 enfants de 6 à 8 ans.

Qu'est-ce que c'est de grandir en bonne santé ?

- Léa : C'est de pouvoir bien dormir, bien manger
- Olivia : Pour moi c'est bien dormir, de manger des fruits et légumes, apprendre à lire et boire de la soupe
- Emma : Bien travailler, bien manger
- Pierrick : Apprendre à lire, jouer
- Thomas : Manger 5 fruits et légumes par jour
- Louis : Pouvoir jouer, manger, et dormir

Centre de loisirs périscolaire de Crusnes (54) - 10 enfants de 5 à 10 ans.

Qu'est-ce que c'est être en bonne santé :

- Jules 9 ans : Manger équilibré, faire du sport, moins polluer la terre et ne pas couper les arbres
- Mariana 7ans : Bien manger des fruits et légumes, avoir des amis ne pas être seul
- Léandro, Jules, Serena 5 ans : Il faut manger un peu de tout (des fruits, et légumes), il ne faut pas manger trop de bonbon et de chocolat

Contribution des Francas dans le cadre des assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant.



Quand on parle de santé, c'est quoi prendre des risques ?

- Gabin 8 ans : Manger trop de sucre, boire de l'alcool, rester trop longtemps devant les écrans.
- Elyna 10 ans : Manger trop de sucre, trop gras, ne pas dormir suffisamment.

Quels peuvent être les plaisirs pour être en bonne santé ?

- Coralie 12 ans : Faire beaucoup de sport, aller se promener
- Manoa 10 ans : Avoir sa famille, avoir de l'argent et faire des activités
- Alessia 8ans : Aller à l'école, être en famille, être heureux et soutenu

Périscolaire du Centre Socio-Culturel de Sarreguemines - 9 enfants de 7 à 8 ans.

Quand on parle de santé, c'est quoi prendre des risques ?

- De pas faire les gestes barrière.
- Risque d'être malade en retour.

Quels peuvent être les plaisirs pour être bonne santé ?

- Pouvoir jouer.
- Voir des personnes et la famille.
- Aller visiter d'autres pays.
- Du sport.
- Aller à l'école.

Sarreguemines - 4 enfants de 6 à 7 ans.

Qu'est-ce que c'est être en bonne santé ?

- Gabriel : Ne pas avoir de maladie.
- Léa : Être agité et en bonne forme.
- Elisa : Manger sainement et faire beaucoup de sport.
- Léane : Avoir du sang dans le corps.

Quand on parle de santé, c'est quoi prendre des risques ?

- Gabriel : Manger trop de sucrerie.
 - Léa : Ne pas faire de sport.
-

Contribution des Francas dans le cadre des assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant.



Quels peuvent être les plaisirs pour être en bonne santé ?

- Gabriel : faire du sport.
- Mohamed : Respirer.
- Léane : Faire du yoga
- Léa : Manger des fruits et des légumes.

Sarrequemines.- 6 enfants de 6 à 10 ans.

C'est quoi être en bonne santé ?

- Mathéo, 10 ans : Manger équilibré, faire du sport.
- Giulian, 6 ans : Je ne sais pas.
- Jessy, 10 ans : Faire du sport, manger des protéines.
- Kendji, 8 ans : Être de bonne humeur, faire du vélo dans la forêt.
- Sémihi 8 ans : Faire du sport, boire de l'eau, bien manger.
- Julien 6 ans : Je ne sais pas.

Quand on parle de santé, c'est quoi prendre des risques ?

- Julien, 6ans : Ne pas se bagarrer.
- Sémihi, 8 ans : ne pas manger trop sucré.
- Mathéo, 10 ans : ne pas manger des cochonneries.
- Giulian, 6 ans : ne pas boire du coca.
- Jessy, 10 ans : ne pas manger très vite.

Quels peuvent être les plaisirs pour être en bonne santé ?

- Jessy : aller au parc, faire du vélo.
 - Sémihi : sortir avec ses copains.
 - Mathéo : faire du sport
 - Kendji : sortir dehors dans la forêt.
 - Julien : manger des légumes
 - Giulian : Sport, faire du Vélo
-



Périscolaire de Sarreguemines - 8 enfants de 6 à 8 ans.

Qu'est-ce que c'est être en bonne santé ?

- Dvora : Ne pas manger 24h/24, au MacDo ou au burger King, ni trop sucré.
- Noé : Ne pas être constipé
- Louanne : Ne pas avoir la varicelle.
- Nora : Ne pas avoir de cancer.
- Rayan : Ne pas être malade.
- Céline : C'est pouvoir faire des activités.
- Agathe : Pouvoir jouer, ne pas rester enfermé.
- Clara : Ne pas avoir la maladie.

Quand on parle de santé, c'est quoi prendre des risques ?

- Romain : provoquer des problèmes.
- Dvora : grimper dans les arbres et risquer de tomber.
- Anna B : partir d'un endroit sans prévenir.
- Louanne : C'est d'aller toute seule à la chasse.
- Margaux : courir et trébucher et perdre la vue.
- Nora : nettoyer les luminaires et risquer de s'électrocuter.
- Clara : fumer.

Périscolaire de Sarreguemines - 7 enfants de 6 à 12 ans.

Qu'est-ce que c'est être en bonne santé ?

- Sadou, 6 ans : ne pas être malade.
 - Emeric, 7 ans : Manger équilibré.
 - Maël, 12 ans : Bien dormir et pas être fatigué.
 - Inès, 7 ans : être joyeux.
 - Ation, 7 ans : Manger des fruits et légumes.
 - Kimberley, 11 ans : s'occuper de soi.
-

Contribution des Francas dans le cadre des assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant.



Quand on parle de santé, c'est quoi prendre des risques ?

- Maxime, 10 ans : ne pas se soigner.
- Ines : Être beaucoup malade.
- Emeric : Manger du Mac Do.
- Kimberley : ne pas s'occuper de soi, arrêter de se soigner.
- Zachary, 10 ans : Faire des cascades dangereuses.

Quels peuvent être les plaisirs pour être en bonne santé ?

- Ation : manger des pommes.
- Ines : faire de la danse.
- Maxime : Faire du sport et aller à l'école.
- Kimberley : Faire du sport tous les jours.

Sarreguemines - 5 enfants de 7 à 8 ans.

Pour toi, c'est quoi être en bonne santé ?

- Inès : Bien manger, avoir une bonne alimentation
- Léna : Faire du sport.
- Halya : Avoir un bon sommeil, avoir de l'énergie.
- Tiziana : être épanoui / être heureux.
- Soan : Faire comme Mbappé car lui il est en bonne santé.

Quand on parle de santé, c'est quoi prendre des risques ?

- Halya : consommer de la drogue / ne pas mettre sa capuche quand il pleut.
- Soan : ne pas se laver les mains et escalader tout et n'importe quoi.
- Inès : avoir une mauvaise alimentation (aller tous les jours au mac Do)
- Léna : Donner sa vie pour quelqu'un.

Quels peuvent être les plaisirs pour être en bonne santé ?

- Léna : faire du sport.
 - Tiziana : prendre l'air, se balader, écouter la nature.
-

Contribution des Francas dans le cadre des assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant.



Sarreguemines - 4 enfants de 7 à 8 ans.

C'est quoi être en bonne santé ?

- Esmee : être de bonne humeur, être pas fatigué et être en bonne santé.
- Rohman : de pas se faire mal.

Quand on parle de santé, c'est quoi prendre des risques ?

- Esmee : De toucher et de ne pas se désinfecter les mains.
- Mia : si je mange quelque chose de périmé je peux avoir une maladie.
- Louise : Les rats peuvent donner des risques de maladie aux humains.

Quels sont les plaisirs pour être en bonne santé ?

- Mia : colorier, dessiner. Je fais parfois du yoga. J'adore les artichauts.
- Louise : je fais du yoga tous les soirs. Dessiner. Voir mon frère, me promener avec ma famille.

2- L'ANALYSE D'EXPRESSIONS D'ENFANTS ET D'ADOLESCENT.ES PAR L'ÉQUIPE UNIVERSITAIRE D'EXPERICE.

La santé

Les éléments ci-dessous portent sur 61 publications de collectifs d'enfants et d'adolescent.es (61 publications parmi les 500 qui ont été analysées).

Les enfants et les adolescent.e-s ont été invité.e-s à s'exprimer sur leurs perceptions de la santé voire le fait d'être en « bonne santé » et ce que cela pouvait supposer selon eux.

L'analyse faite rapproche certains propos d'enfants et d'adolescent.es d'autres travaux universitaires.

#728 : Ne pas fumer, manger 5 fruits et légumes, faire 1h de sport par jour et s'amuser. (Lola) ; Bien dormir, bien manger des légumes et faire du sport. (Rafaël) ; Manger 5 fruits et légumes par jour et aller dans la forêt. (Shauna) ; Manger 5 fruits et légumes par jour et boire de l'eau. (Erwan) ; Manger équilibré, faire beaucoup de sport, bien se brosser les dents. (Layla) ; [. . .] manger correctement, pas trop salé/sucré, pas fumer, bien se couvrir quand il fait froid. (Wendylis)
#806 : C'est ne pas être malade, il faut boire ce qu'il faut, manger 5 légumes par jour et 5 fruits par jour. (Léonce)

La difficulté est grande pour les enfants à définir ou délimiter la santé qui apparaît comme une préoccupation relative. Cela les conduit souvent à en parler davantage comme « l'inverse d'être malade » comme le formule par exemple Liam [#806], même si on verra plus loin que la maladie n'est pas forcément plus aisée à décrire. Pour parler de ces sujets, les enfants évoquent des pratiques et des conduites qui vont favoriser la santé ou protéger de la maladie. C'est donc dans une perspective de prévention que les discours sont développés, en abordant différents registres qui renvoient directement aux campagnes de sensibilisation et plus largement aux préconisations sanitaires socialement répandues.

Si, comme le montrent les répétitions dans les extraits ci-dessus, la question alimentaire domine largement – on y reviendra plus loin –, les autres points de vigilance nous montrent plus précisément la façon dont les enfants envisagent la santé dans toute sa complexité ; à la fois comme un bien personnel donc qui dépend de soi et comme une réalité inscrite socialement et donc en partie indépendante des pratiques individuelles ; à la fois comme un état en lien direct avec le corps mais aussi plus largement lié au bien-être avec ses dimensions mentale et psychique.

#493 : La santé c'est faire du sport, courir un peu tous les matins, prendre des vitamines. (Matéo)
#639 : L'alimentation ça me fait penser à bien se brosser les dents sinon t'as des caries. (Édouard)
#728 : Manger équilibré, faire beaucoup de sport, bien se brosser les dents. (Layla) ; [. . .] Ne pas avoir des caries, ne jamais avoir de maladie. (Tamatéa) ; « Faire beaucoup de sport » [. . .] (Wendylis) ; Beaucoup manger, jouer et faire une sieste, ça fait du bien. (Maxance) ; Dormir la nuit et faire du sport. (Mathéo)

« **Faire du sport** » revient régulièrement comme un leitmotiv souvent repris de façon brute inspirée des prescriptions diffusées par les médias. Pour « rester en forme », des enfants et des adolescent.e-s formulent des recommandations qui touchent à la « pratique d'activités sportives » mais aussi plus largement au « contact avec l'extérieur » (la nature, la forêt. . .). Ils et elles appréhendent ainsi la santé dans une approche générale d'hygiène de vie en faisant le lien régulièrement avec des aspects qui touchent plus directement aux soins corporels (douche, se laver les dents, etc.) et aussi au rôle du sommeil et du repos. La santé ressort ici comme un bien à protéger ou à préserver qui passe par une prise en charge personnelle de chacun. Les mauvaises habitudes sont à proscrire « sinon » la maladie ou les affections peuvent poindre.

Contribution des Francas dans le cadre des assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant.



#267 : Le sport ça aide à être plus fort plus beau. ; Le sport ça nous donne de l'énergie. ; Ça fait du bien au corps. ; Avec le sport on se détend et on se sent tout léger. ; J'aime bien le sport en groupe.
 #728 : Pouvoir vivre, s'exprimer, faire des activités, avoir des amis. (Owen) ; Prendre soin de soi, se faire des amis, rester en vie pour s'amuser et profiter du soleil et de sa famille avant qu'elle parte. (Axel)

Si la santé passe essentiellement par l'entretien du corps, elle est associée avec un état de bien être plus global qui montre une approche moins technique et presque philosophique de la santé.

Être en bonne santé, en particulier à l'aide du sport, c'est un moyen, voire une condition, pour pouvoir se sentir bien avec soi et donc vis-à-vis et avec les autres. En allant sur un versant plus émotionnel, pour certains enfants rester en bonne santé est évoqué comme un moyen de profiter de la vie dans tous ses aspects, mais aussi comme un rempart pour se protéger de la mort.

#562 : Moi ce qui m'énerve en ce moment c'est les boutons que j'ai là, j'ai la varicelle. (Tino)
 #728 : Quand je suis malade, j'ai des douleurs dans le cou et je vomis toutes les nuits. (Rafaël) ; J'ai mal à la tête et au ventre. (Lynne) ; Je vomis et si j'ai de la diarrhée je fais caca dans mon pantalon. (Nicolas) ; Mal, je suis fatiguée, courbaturée et insomniaque. (Layla) ; Mal à la tête et envie de vomir et envie de dormir. (Aubin) ; Comme je bouge beaucoup et souvent, quand je suis malade c'est difficile de rester en place et je me sens mal et fatiguée. (Lilly)

Pour pallier cette difficulté à évoquer la santé, **les enfants sont interrogés à plusieurs reprises sur la maladie. Contrairement à la question précédente qui conduit à des propos généralistes et consensuels, cette entrée pousse des enfants et des adolescent-e-s à aborder le sujet d'un point de vue très subjectif**, et même plus précisément à partir de leur vécu personnel. Ils et elles racontent ainsi leur(s) épreuve(s) de la maladie en commençant pas les affections corporelles : douleurs, fièvre, vomissements, toux, insomnie... et les incapacités qui en découlent voire leurs rapports au corps (voir Diasio 2015).

#745 : Ils me mettent au lit et après je mange, je dors et je vais voir le docteur. (Rafaël) ; Ils achètent des médicaments pour que j'aille mieux, des fois on va chez le docteur. (Luc) ; Maman me prend la température, si j'en ai je prend[s] un doliprane ou un gant de toilette et si ça passe pas je vais chez le docteur. (Léa) ; Ils me donnent des médicaments et ils me chouchoutent plus que ma soeur. (Yacine)

En parlant de la maladie, les enfants et les adolescent-e-s peuvent aussi aborder, mais plus rarement, les soins qui leur sont prodigués : mettre au lit, consulter un médecin, donner des médicaments. Si les soins apparaissent ici plutôt en termes de réconfort, de soutien, voire comme des moments privilégiés avec leurs parents, le nombre très faible de propos sur le sujet doit conduire à rester prudent sur cette vision en partie édulcorée.

Par ailleurs, comme le montrent certains enfants qui ont une vision plus développée, il s'agit probablement d'enfants qui ont vécu ou traversé des maladies moins anodines à l'image de l'enquête d'Alderson (1993) auprès des enfants qui doivent subir une opération chirurgicale dont le consentement n'est pas toujours demandé ou les enfants leucémiques en soins palliatifs (Bluebond-Langner 2013), leurs relations avec leurs frères et sœurs (Bluebond-Langner 1989) ou les échanges et les expériences partagées lors d'un camp pour les enfants malades (Bluebond-Langner, Perkel et Goertzel 1991).

#493 : Pour jouer avec son copain, il faut être en bonne santé pour jouer c'est tout, c'est être en forme pour bouger. (Baptiste)

#728 : Ça veut dire que tu peux courir. On fait du sport et on prend pas de médicaments. (Charlotte) ; Ne pas avoir d'infections, être en forme, être bien défendu par ses globules blancs. (Léonard) ; Quand on est en bonne santé on peut presque tout faire. Il faut faire du sport et bien manger équilibré. (Tess)
 #806 : C'est être grand. (Alix)

Contribution des Francas dans le cadre des assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant.



C'est par contraste avec ces maladies vécues que les enfants reviennent souvent sur une approche de la santé plus personnelle mais aussi plus spécifique aux enfants. L'absence de maladie autorise un fonctionnement « normal » du corps, que certains enfants peuvent renvoyer aux « défenses immunitaires », ou à l'absence de médicament. Cet état normal ou sain se traduit très souvent en capacités ou possibilités d'agir. **La santé devient le moyen, ou la condition, de vivre au quotidien, d'être en forme, d'avoir de l'énergie. Mais c'est aussi ce qui permet de faire son « métier d'enfant » : se lever, bouger, jouer, et qui permet au final de grandir.**

#14 : [. . .] Il nous semble important que chaque enfant puisse grandir dans un environnement sain, une maison sur la tête pour bien grandir et être en bonne santé. Pour être en bonne santé, nous avons besoin de protéger notre planète qui est « notre maison ».

#217 : [. . .] ma petite soeur jouait avec c'est pas normal, mais il y avait d'autres déchets qui doivent être dans une poubelle pas dans la nature. (Yaya)

#490 : Si on a pas de logement on ne peut pas bien dormir, on mange pas et on attrape facilement des maladies dehors. (Maxence)

Mais, ces enfants n'en restent pas à ces conditions individuelles ou personnelles qui permettent ou favorisent la santé. Ils et elles font preuve, pour certain-e-s, d'une grande perspicacité en soulignant les influences plus largement sociales des conditions de vie sur la santé de tous. Avoir un toit pour s'abriter et se reposer mais aussi pouvoir manger correctement sont pointés comme des facteurs explicatifs des difficultés à avoir ou maintenir une « bonne santé ». Plus largement, c'est le caractère sain qui est mis en avant en lien avec les préoccupations environnementales ; la protection de la santé est associée à la protection de l'environnement.

#237 : Après avoir énuméré et expliqué chaque droit, nous avons procédé à un vote au cours duquel les enfants nous ont fait savoir quel droit était important pour eux. Nous avons voulu souligner l'importance de chaque adulte pour prodiguer les premiers soins (famille, enseignant-e, animateur-trice, . . .) et les soins plus poussés (médecin traitant, médecin hospitalier, infirmier-ère, . . .).

La santé rejoint ainsi la question des droits par le biais du souci partagé d'une protection personnelle et le rôle prépondérant attribué aux professionnel-le-s mais aussi plus largement à une protection plus générale de la population. A contrario, on peut remarquer que, même si à différents degrés selon leurs expériences, les enfants prennent part voire participent à prendre soin de leur santé (ou à leurs traitements), leur participation reste mineure ou minorée, dépendante de leurs compétences estimées par les adultes, parents et professionnel-le-s, garant-e-s de leur protection.

En somme, les perceptions de la santé des enfants et des adolescent-e-s se révèlent en relation avec le bien-être corporel et psychique qui vont de pair avec des habitudes de vie considérées comme saines ou équilibrées.

Quelques indications complémentaires se rapportant à la période du confinement

Durant l'année 2020, le site www.enfantsacteurscitoyens.fr s'est enrichi d'une invitation à s'exprimer sur le confinement, le déconfinement et à imaginer le monde d'après à travers deux invitations, « Raconte ton confinement », puis « Raconte ton monde d'après ».

Des collectifs d'enfants et d'adolescent.es ont dit les conditions de leur confinement, y compris durant l'été et l'automne 2021.

Contribution des Francas dans le cadre des assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant.



Une cinquantaine de publications du site portent sur cette question. Elles n'ont pas pu être analysées par l'équipe d'Expérice. Cependant des traits saillants de ces expressions peuvent être indiqués :

- Le manque de relations sociales avec la famille (grands-parents, oncles et tantes), avec les ami.es, avec l'école – l'enseignant, mais surtout les pairs côtoyés à l'école,
- La crainte de la maladie des grands-parents, voire des parents lorsque ceux-ci sont soignants,
- Le manque de certaines activités de loisirs, mais également le plaisir pour certain.es de ne plus être contraints par certaines activités -dont le temps scolaire,
- Le plaisir de passer du temps avec les parents, notamment de jouer avec le père.

ANNEXE.

Liste des rapports analysés.



Liste des rapports analysés.

- **Académie de médecine.**
 - La prévention en santé chez les adolescents. Juin 2014.
 - Trajectoires éducatives, santé et longévité. Février 2023.
 - Planification d'une politique en matière de périnatalité en France : organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence. Février 2023.
 - **American Academy of Pediatrics.**
 - The Unique Value Proposition of Pediatric Health Care. Février 2023.
 - **Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant.**
 - Parcours de soins des enfants atteints de maladies chroniques. 2015.
 - **Convention Nationale des Associations de Protection de l'Enfant (CNAPE).**
 - La protection de l'enfance en outre-mer : état des lieux et phénomènes émergents. Octobre 2020.
 - La protection de l'enfance en outre-mer : pratiques et expériences innovantes. Octobre 2021.
 - **Conseil économique, social et environnemental.**
 - Vers un service public de la petite enfance. Mars 2022.
 - **Cour des Comptes.**
 - L'accueil des enfants de moins de trois ans : une politique ambitieuse, des priorités à mieux cibler. Novembre 2013.
 - L'éducation prioritaire, rapport d'évaluation d'une politique publique. Octobre 2018.
 - Les médecins et personnels de santé scolaire. Avril 2020.
 - La santé des enfants : une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Décembre 2021.
 - La pédopsychiatrie : un accès et une offre de soins à réorganiser. Mars 2023.
 - **Défenseur des Droits.**
 - Santé mentale des enfants : le droit au bien-être. 2021.
 - **France Stratégie.**
 - Pour un développement complet de l'enfant et de l'adolescent. Septembre 2015.
-



Liste des rapports analysés.

▪ Haute Autorité de Santé.

- Evaluation de la prise en charge des enfants et adolescents selon le référentiel de certification. Décembre 2020.
- Le cadre national de référence : évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger. Janvier 2021.
- Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e). Mars 2022

▪ Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age (HCFEA).

- Les temps et les lieux tiers des enfants et des adolescents hors maison et hors scolarité. Février 2018.
- Pilotage de la qualité affective, éducative et sociale de l'accueil du jeune enfant. Mars 2019.
- La traversée adolescente des années collège. Mai 2021.
- Droits de l'enfant : quel chemin parcouru et comment avancer ? Novembre 2022.
- Quand les enfants vont mal, comment les aider ? Mars 2023.

▪ Haut Conseil de la Santé Publique.

- Dispositif statistique de surveillance et de recherche sur la santé de l'enfant. Octobre 2019.
- Actualisation du contenu des examens de santé de l'enfant, messages et outils de prévention du carnet de santé en vue de sa dématérialisation. Mars 2022.
- Professionnels de santé et offre de soins pour les enfants : enjeux quantitatifs et qualitatifs. Avril 2022.

▪ Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

- Répondre aux besoins de santé en formant mieux les médecins : propositions pour faire évoluer le troisième cycle des études médicales. Décembre 2017.
- Evaluation du fonctionnement des CAMSP, CMPP et CMP-IJ. Septembre 2018.
- La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France. Mai 2021.
- Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé. Novembre 2021.
- Mise en œuvre du DES de médecine générale en quatre ans. Avril 2022.
- Modalités de création d'une sixième année de formation en sciences médicales. Juillet 2022.
- Concertation sur la pratique avancée infirmière. Août 2022.

▪ Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche (IGESR).

- Etat des lieux des métiers de l'animation dans le secteur périscolaire et enjeux en matière de continuité éducative. Juillet 2021.
 - Scolarisation des élèves en situation de handicap. Avril 2022.
-



Liste des rapports analysés.

▪ **INSERM.**

- Enquête nationale périnatale. Octobre 2022.

▪ **Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES).**

- Enfants pauvres, enfants démunis : quels indicateurs ? Octobre 2017.

▪ **Santé Publique France.**

- Surveillance de la santé périnatale en France. Septembre 2022.

▪ **UNICEF.**

- Pacte des solidarités – recommandations de l'UNICEF France. Février 2023.

▪ **Rapports de personnalités qualifiées.**

- Développement du jeune enfant, modes d'accueil, formation des professionnels. Mme Sylviane GIAMPINO, mai 2016.
 - Pour sauver la PMI, agissons maintenant. Mme Michèle PEYRON. Mars 2019.
 - Parcours de coordination renforcé santé-accueil-éducation des enfants de zéro à six ans. Mme Stéphanie RIST, Dr Marie-Sophie BARTHET-DERRIEN. Mars 2019.
 - Commission des 1000 premiers jours, présidée par le Dr Boris CYRULNIK. Septembre 2020.
 - Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans. Dr Hervé PICARD, Mr Simon JUTANT. Janvier 2022.
 - Mieux prévenir et prendre en charge l'obésité en France. Pr Martine Laville. Avril 2023.
 - La médecine scolaire et la santé à l'école. Mr Robin REDA. Mai 2023.
-

ANNEXE.

Liste des tables rondes et des personnes et organisations auditionnées.



Tables rondes organisées.

La plupart des tables rondes réunissaient des pilotes de plusieurs groupes, afin d'assurer la transversalité des approches et des propositions formulées.

Thème des tables rondes.

- 1. Précarité en santé.**
 - 2. Les troubles neuro-développementaux.**
 - 3. La santé des enfants en Outre-mer.**
 - 4. Pathologies complexes / parcours médecine.**
 - 5. Parcours chirurgical et anesthésique.**
 - 6. Soins critiques et transports.**
 - 7. La chirurgie pédiatrique.**
 - 8. Enfants protégés et enfants victimes de violences.**
 - 9. La radiologie pédiatrique.**
 - 10. La périnatalité.**
 - 11. Les Urgences pédiatriques.**
 - 12. La santé scolaire.**
 - 13. La Protection maternelle et infantile (PMI).**
 - 14. L'Aller-vers.**
 - 15. Le numérique au service de la santé de l'enfant.**
 - 16. Recherche et innovation (1).**
 - 17. Recherche et innovation (2).**
 - 18. Les collaborations entre pédiatres et pédopsychiatres.**
 - 19. Table ronde avec les membres de la SFPEADA.**
 - 20. Table ronde avec les membres du CNU de pédopsychiatrie.**
 - 21. Table ronde avec les syndicats de psychologues.**
-



Tables rondes organisées.

Table ronde chirurgie – 20/02/2022

Présidente et Secrétaire du CNP (conseil national professionnel) de la Chirurgie de l'enfant et l'adolescent

Société française de chirurgie pédiatrique

PU-PH au CHU Angers

Président de la Société française d'orthopédie pédiatrique (SoFOP)

Société française d'anesthésie et réanimation -SFAR

Présidente du Syndicat des Chirurgiens pédiatres.

PU-PH au CHU St Etienne, ancien président de la SoFOP

PU-PH Chirurgie viscérale et urologie pédiatrique - APHP

Chef du pôle de chirurgie viscérale et plastique infantile – CHU Tours

Table ronde soins critiques – 21/02/2023

Responsable du département d'Anesthésie Réanimation Femme-Mère-Enfant au CHU de Montpellier

Membre du Conseil scientifique de l'ADARPEF (Association Des Anesthésistes Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Francophone)

SFN société française de néonatalogie

Présidente de l'association SOS PREMA et Responsable de la formation.

Président du GFRUP (Groupe Francophone de Réanimation et d'Urgences Pédiatrique)

USC dérogatoire de Bayonne

USC dérogatoire de Saint Denis

USIP de spécialité hémato cancérologie – CHU Bordeaux

USIP de spécialité Gastro Pédiatrique – CHU Lille

SMUR Pédiatrique de Paris

Table ronde Médecine maladie chroniques – 27/02/2023

PU-PH à l'hôpital Necker - APHP

Jeune, collectif hospitalier

Cheffe de service - CHG Avignon

Professeur de pneumologie pédiatrique – CHU Rouen

Cheffe de Service de néphrologie-rhumatologie-dermatologie pédiatriques – CHU Lyon

Equipe Soins Palliatifs Accompagnement et Soins de Support – APHP

Onco-pédiatre - Rennes

Médecin généraliste - Loiret, fondatrice d'un centre de santé dans une zone rurale à proximité de Pithiviers.

Soins de suite et de rééducation, réseau ville hôpital – Rennes

Pédiatre - Bayonne

Association Alliance maladies rares



Tables rondes organisées.

Table ronde enfants ultramarins – 01/03/2023

Chef de service pédiatrie – CHU Cayenne
Centre d'action médicosocial précoce – Mayotte
Présidente de l'URPS médecins de la Guadeloupe
Cheffe de Service Réanimation néonatale et pédiatrique – CHU Réunion site Sud
Chef de service Pédiatrique – Mayotte
Pédiatre à Cayenne
CHU Martinique
DGOM - Direction Outre-mer : Directeur de projet outre-mer
Complexe de services médico-sociaux – Guadeloupe
Chef de service pédiatrie – Guadeloupe
Génétiicienne – Guadeloupe
Chef de service néonatalogie Guadeloupe
CHU Réunion site Sud - Prise en charge d'enfants drépanocytaires

Table ronde Enfants protégés et victimes de violences – 02/03/2023

Pédiatre et médecin légiste Présidente de la Société française de pédiatrie médico-légale
Médecin référent Service protection de l'enfance Nantes
PU-PH au CHU Grenoble, médecine légale, protection judiciaire
Pédiatre de l'Unité mobile Enfance en danger – CHU Timone AP-HM
Direction de la protection maternelle et infantile et de la santé publique, Bouches du Rhône
Directeur général de la CNAPE
Ancien enfant placé, président ADEPAPE 13
Vice-présidente du Conseil national de la Protection de l'enfance (CNPE)
UAPED - CHU Nantes, Expérimentation Article 51 Santé des enfants protégés
Association SOS Village d'enfants



Tables rondes organisées.

Table ronde Troubles du neurodéveloppement – 13/03/2023

Chef de service neuro pédiatrie – Lyon / Pilote filière maladie rare neurodéveloppement
SFN Société française néonatalogie
Syndicat des orthophonistes
Association française des ergothérapeutes
Association Nationale des Equipes Contribuant à l'action Médicosociale Précoce
Présidente - ANECAMSP
Association Nationale des Equipes Contribuant à l'action Médico Sociale Précoce
Chef du Pôle Femme-Mère-Enfant / Fédération inter-hospitalière du Neuro-développement Hôpital – CHU de Rouen
Equipe Handicap périnatal Unité INSERM 1245 / UFR Santé de Rouen
Pédiatre PCO région lyonnaise
Présidente de l'association Hyper Super
Fédération française des Psychomotriciens
Déléguée interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement
Responsable de Centre d'excellence TSA –TND STRASBOURG
Responsable de Centre d'excellence TSA –TND TOURS
Responsable de Centre d'excellence TSA –TND PARIS
Responsable de Centre d'excellence TSA –TND MONTPELLIER
IPDE expérimentée concernant les TND représentante du CIP (collège des infirmières-puéricultrices)

Table ronde Précarité – 21/03/2023

Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté
Pédiatre, responsable de la Consultation Enfant-Environnement et de la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) Mère-Enfant du CHU de Marseille.
Cadre de Santé, Coordinateur espace santé CHU de Marseille
AURORE, Directeur général
Secours Catholique
Croix Rouge Française
Association ADT Quart Monde, Présidente
Secours Populaire, Présidente
France ASSOS SANTE, Président
UNIOPSS, Président
Médecins du Monde, Président
Pédiatres du Monde, Présidente
Association Programme Malin (aide à la nutrition des enfants de familles socialement vulnérables),
Médecins sans Frontières, mission France, Responsable plaidoyer



Tables rondes organisées.

Table ronde PMI – 14 mars 2023

Michèle Peyron, Députée, auteure du rapport *Pour sauver la PMI, agissons maintenant !* (mars 2019)

Philippe GOUET, Président du Département du Loir-et-Cher, représentant de l'Assemblée des départements de France (ADF).

Directrice solidarités Gironde

Médecin départemental PMI de l'Oise

Référente thématique femmes-mères-enfants ARS

Plateforme Avenir PMI

Puéricultrice membre de l'ANPDE

Groupe de pédiatrie Générale santé environnement GPGse

Responsable de l'Unité Périnatalité Petite Enfance, SPF

Président du Collège national médecin généraliste enseignants

Directrice Enfance et Famille du Nord

DGA du Pôle solidarités du CD93

Ancien médecin départemental PMI Gironde

Représentant fédération des CPTS

Médecin Départemental de PMI · Côtes d'Armor

Mme C. Grenier, Directrice des assurés de la CNAM.



Personnes et organisations auditionnées.

Ministres et Secrétaires d'Etat, parlementaires.

François BRAUN, Ministre de la Santé et de la prévention.

Pap NDIAYE, Ministre de l'Education nationale, de la vie associative et de la jeunesse.

Jean-Christophe COMBE, Ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées.

Geneviève DARRIEUSSE, Ministre déléguée aux personnes handicapées.

Agnès FIRMIN-LEBODOT, Ministre déléguée à l'organisation des soins.

Charlotte CAUBEL, Secrétaire d'Etat à l'Enfance.

Michèle PEYRON, Vice-Présidente de la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale.

Caroline JANVIER, députée du Loiret.

Directions d'administration centrales et organismes publics.

Direction générale de la Santé

Direction générale de l'offre de soins

Direction générale de la Cohésion sociale

CNAM

IGAS

DREES

Haute autorité de Santé

Haut conseil de Santé publique

Santé publique France

Délégation interministérielle à l'autisme au sein des troubles neurodéveloppementaux.

Secrétariat général du Comité interministériel du handicap (SGCIH).

Equipe projets 1000 jours

Délégation ministérielle au numérique en Santé

DEGESCO (direction générale de l'enseignement scolaire)

ARS Hauts de France

Mission interministérielle sur la médiation en santé

Ecole des hautes études en santé publique



Personnes et organisations auditionnées.

Organisations professionnelles et associations.

JSIP (je suis infirmière puéricultrice)

Fondation Santé des étudiants de France

Médecins départementaux en PMI

Union Française pour la santé bucco-dentaire

Association AFAD – IDF (aide familiale à domicile)

Union syndicale des médecins de centre de santé

Conseil national de la santé des jeunes

Cardiologue du sport – CHU Rennes

Présidents Maisons de santé pluridisciplinaires

Conseil national de la santé des jeunes

Association nationale des Maisons des Adolescents

Association des sages-femmes territoriales

Présidente de la fédération des CPTS

COFRADE

UNICEF France

Professeur agrégé | Département de psychologie | Université du Québec à Montréal

Collège national des sages-femmes

Syndicat national des infirmiers et infirmières éducateurs en santé

UNAF

Association de médecins conseillers techniques de l'éducation nationale

Collège national enseignants en médecine scolaire

Association Nous lycéens

Association Le Renouveau Lycéen

Syndicat National Unitaire des Assistants Sociaux de la Fonction Publique

Association AVI

Association Stop VEO

Réseau Environnement Santé



Personnes et organisations auditionnées.

Médecine générale	Marie Hélène Certain – MG en centre de santé, représentante FCPTS Raphaël Presneau - Interne MG Président ISNAR MG Lydia Caillaud - MG Centre de santé, représentante Union Syndicale des Médecins de Centre de Santé (USMCS) Margot Bayart – MG en MSP et 1 ^{ère} VP MG France Céline Gandon – MG, présidente CPTS 78 Nord, praticien aux urgences de Poissy
Pédiatrie hospitalière	Robert COHEN : PH hospitalier : pédiatre et infectiologue, société française de pédiatrie Marie Christine Maximin : orthopédiste AP HM, membre du bureau du CNCE Jeanne Baricheff : pédiatre Armentière Jean Louis Chabernaude : pédiatre-réanimateur, APHP Patrick Berquin : neurologue pédiatrique, président de la CME du CHU d'Amiens Nada Sabourdin : Anesthésiste, Amiens (ADARPEF) Hélène Le Hors (hôpital saint Joseph) : Présidente du Syndicat des Chirurgiens Pédiatres Français. Hôpital Saint Joseph. Marseille, Provence-Alpes-Côte d'Azur, France. Emmanuel Cixous : président du Syndicat national des pédiatres des établissements hospitaliers (SNPEH) Rémi Salomon : président de la CME-APHP Constance Leruste : pédiatre Lille Loïc de Pontual : chef de service de pédiatrie à Bondy, pilote de l'axe 4
Pédiatrie libérale	Dr Willig (pédiatre libéral/Occitadys TND) Dr Frédéric Couttenier (pédiatre libéral URPS/ESS), Dr Fabienne Kochert (pédiatre libérale/PCO du Loiret/ élue URPS) Dr Christine Magendie (pédiatre libérale/Environnement), Dr Nathalie Gelbert (pédiatre libérale/Allaitement) Dr Arnaud Manet (pédiatre libéral) Robert Cohen (pédiatre libéral/ACTIV)
IPDE/IPA/AP	Evelyne Malaquin-Pavan (CNPI) Julie Devictor (CNP IPA) Peggy Alonso (ANPDE) Anne Metivet (CEEPAME) Michèle Prados (CJSIP) Katia Saby (CJSIP) Anne Dannenmuller (CEEPAME) Elisa Guises (SoRIP) Marie Le Vacon (SNPDE) Véronique Boulaire (SNPDE)
Broncholib	
Courlygonnes	Jean Stagnara (Pédiatre libéral / Courlygonnes)
Référent Santé et Accueil Inclusif	Michèle Prados, IPDE RSAI Estelle Ledon, IPDE RSAI Marlène Vabres, IDE RSAI Barbara Duplouis IPDE
Cercle des parents	Elodie Emo, IPDE, chef de projet Estelle Ledon, IPDE Katia Saby, IPDE
Médecine scolaire	Dr Colson (médecin de l'EN, secrétaire générale du SNAMPSEN) Dr Noelle Perrin (médecin de l'EN) Dr Brunhes Perez (syndicat de PMI et de l'EN) Dr Moltrecht (médecin conseil technique à la DGESCO)
TR-PDSA / TND	Pr François Dubos (CHU Lille) Pr Louis Soulat (CHU Rennes) Dr Marie-Aline Guitteny (CHU Rennes)
Rééducation	Stephane Fabri (kinésithérapeutes) Clémence Tanneau (ergothérapeutes) Nicolas Raynal (psychomotricien) Aurélien Bresson (Fédération nationale des orthophonistes) Mélanie ORDINES SNAO (orthoptistes) :



Personnes et organisations auditionnées.

Dentistes	Dr Benoit Perrier (président UFSBD) Veronique Gardon (déléguée générale de l'UFSBD) Sibylle Vidal (PUPH odontologie pédiatrique Paris) Caroline Delfosse (PUPH odontologie pédiatrique à Lille), Dr Denisot (vice-présidente de l'UFSBD) Pr Michele Muller (PUPH Nice odontologie pédiatrique)
Communication numérique	Virginie Perrot (mpedia / Doola) Alain Bocquet (pédiatre libéral / mpedia) GHARIANI, Héra (DNS) BEAUFRET, Raphaël (DNS) François BECK (SPF) Corinne COLLIGNON (HAS) Catherine Grenier (CNAM) Annika Dinis (CNAM) Christine JACOB-SCHUHMACHER (DGS/SP) Marine JEAN-BAPTISTE (DGS/SP) Mayalen IRON (SGMCAS)

Personnes et organisations auditionnées.

LISTE DES ACTEURS SOLLICITES PAR LES PILOTES AXE 2 POUR UN CONTRIBUTION

Thématique	Personne à auditionner	Fonction/Institution/ organisme	Structure professionnelle
HAD	Violaine Bresson		AP-HM
	Aline Genevois-Pérès		
	Bobillier-Chaumont, Severine		CHU Grenoble
	GATBOIS Édith		APHP
	Isabelle Moreau-Gaudry		MSPB
	BERTRAND Amandine		Ihope
	Caroline MILER		Fondation santé service
ANESTHESIE REA PED	Christophe Dadure		CHU Montpellier
	ORLIAGUET Gilles		AP-HP
	MICHEL Fabrice		AP-HM
SOINS CRITIQUES	GOTTRAND Frederic		CHU Lille - Unités de soin intensif de spécialité
	LEY Delphine		CHU Lille - Unités de soin intensif de spécialité
	Noel. Peretti		CHU Lyon - Unités de soin intensif de spécialité
	DUCASSOU Stephane		CHU Bordeaux - Unités de soin intensif de spécialité
	Guillaume Pouessel		USC Pédiatrique CHG Roubaix
	Simon Escoda		USC Pédiatrique CHG Saint Denis
	Philippe Bensaid		USC Pédiatrique CHG Argenteuil
	P. Jouvencel		USC Pédiatrique CHG CôteBasque
	Y. Rimet		USC Pédiatrique CHG Aix
	Isabelle Constant		CTB
	BOUSSARD Noel		Centre de Traitement brulés Nancy
	BORDES Maryline		Centre de Traitement brulés Bordeaux
	Jean Vincent Aubineau		Centre traitement brulés Nantes
	Pierre Perrot		Centre traitement brulés nantes
	Thomas Rimmele		Centre traitement brulés Lyon
	Olivier Martin		Centre traitement brulés Lyon
	L. Carfagna		Centre traitement brulés Toulouse
	DOBREMEZ Eric		CTB Bordeaux
	Dr Lang		Soins critiques CHU Nancy
	Gladys Auffret		CHU Réunion
	DR Cegadras		CHU Angers
	Paulo Ferreira		APHP
	Véronique Randon		CHU Lyon
	Delphine Fanonnel		CHU Lyon
	Marianne Dumoulin		APHP
	Alexis Gavi		APHP
	DR Moronvalle		APHP
	Dr Regnault Lheritier		CHU Amiens
	Christine Lemarchand		CHU Rouen
	Audrey Franklin		CHU Dijon
	Stephane Fabri	CNP Masseurs-Kiné	Président CNP MK
	Dr Laetitia Goffinet	SFB Société française brulologie	CTB CHRUS NANCY
	Dr Julie Chantreuil		Chef de service
	N. Billaud		Service de réanimation pédiatrique et d'USC
	Laurence Faivre		USC Pédiatrique CHG Metz
GENETICIEN DEPISTAGE	Sylvie Odent		CHU Rennes
			CHU Dijon

Personnes et organisations auditionnées.

LISTE DES ACTEURS SOLLICITES PAR LES PILOTES AXE 2 POUR UN CONTRIBUTION			
CHIRURGIE	GRAPIN Christine		APHP - CNP CHIR PED CEA
	SARNACKI Sabine		APHP - CNP CHIR PED CEA
	LE HORS Hélène		Hôpital St Joseph
	Marie Laurence Poli-Merol		CHU Reims - CNP CHIR PED CEA
	Hubert Lardy		Université Tours
	Maximin		CNP CHIR PED CEA PRESIDENTE
	Guillaume Podevin		CHU Angers
	BONNARD Arnaud		APHP
	Guillaume Podevin		CHU Angers
	COULOIGNER Vincent		APHP
	JOURNEAU Pierre		CHU Nancy - CNP CHIR PED CEA
	ORLIAGUET Gilles		APHP - ADARPEF
OUTRE MER	Joniale Rocca		CHU Martinique
	Lucile Guenegou		AP HP
	Gladys Auffret		CHU Réunion
	Myriam Ben Azoun	Diabeto pédiatrique à Mayotte	Mayotte
	LACKMY Marylin	service de génétique du CHU de la Guadeloupe salariée dans un CAMSP Mayotte	
	Anne VERNAZ		Mayotte
PACOURS	Frederic Galacteros		APHP
	BALENCON Martine		SFPML
RADIOLOGIE	Marianne Alison		APHP
	PETIT Philippe		AP HM
TRANSPORT	Ayoub Mitha		
	Julien Naud		CHU Bordeaux
	Soizic Paranon		CHU Bordeaux
	Elisabeth Daussac		
	Laurent Dupic		APHP
MALADIES RARES	Azzedine Ayachi		
	Hélène Berrué-Gaillard (présidente)		Alliance Maladies Rares
	CAVAZZANA Marina		AP-HP - FILIERE MCGRE
ADOLESCENT	Sébastien Rouget		SFSA
MASSEURS KINE	Stephane Fabri	CNP Masseurs-Kiné	Président CNP MK
SSR ET MPR	Emmanuelle Fleurence		APF France Handicap
	Sylvain Brochard		CHU Brest
	Carole Vuillerot		CHU LYON
PASS Enfant	Remi Julien Laporte		AP-HM
HEMATO - IMMUNOLOGIE	Despina Moshous		SHIP
ENDOCRINO - DIABETO	Myriam Ben Azoun	Diabeto pédiatrique à Mayotte	Mayotte
	Pascal Baret		SFEDP et de l'AJD
ENFANT EN DANGER UAPED	Laurence AULNETTE		UAPED St Malo
	Barbara TISSERON		UAPED Orléans
ENFANT PROTEGER PMI	Laurence Champsaur		Département 13
MALADIES INNEES	SCHIFF Manuel	SFEIM : société française des erreurs innées du métabolisme (SFEIM)	APHP



Personnes et organisations auditionnées.

LISTE DES ACTEURS SOLLICITES PAR LES PILOTES AXE 2 POUR UN CONTRIBUTION

MALADIES INNEES	SCHIFF Manuel	SFEIM : société française des erreurs innées du métabolisme (SFEIM)	APHP
	Marie-Caroline DELAFAY	Urgences Pédiatriques HNO – Villefranche s/Saône	l'hôpital Nord-Ouest de Villefranche sur Saône.
PRECARITE 21/03/23	Cécile Tagliana		Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté, Déléguee
	Chloé Ravouna		Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté, Conseillère santé et droits
	Remi Laporte		Pédiatre, responsable de la Consultation Enfant-Environnement et de la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) Mère-Enfant du CHU de Marseille. Coordination des consultations enfant-environnement et des PASS en région PACA. Membre de la Commission spécialisée Risques liés à l'environnement HCSP
	Olivier Gauche		Cadre de Santé, Coordinateur espace santé CHU de Marseille
	Florian Guyot		AUORE, Directeur général
	Véronique Devise		SECOURS CATHOLIQUE, Présidente
	Philippe Da Costa		CROIX ROUGE, Président
	Clément Morillion		CROIX ROUGE
	Marie-Aleth Grard		ADT QUART MONDE, Présidente
	Henriette Steinberg		SECOURS POPULAIRE, Présidente
	Gérard Raymond		France ASSOS SANTE, Président
	Marc Morel		France ASSOS SANTE, Directeur
	Laëtitia Treffe		France ASSOS SANTE, secrétariat
	Daniel Goldberg		UNIOPSS, Président
	Jérôme Voiturier		UNIOPSS, Directeur général
	Doris Dégérit		UNIOPSS, secrétariat
	Michael Pozo		SECOURS POPULAIRE
	Chantal Karila		MEDECIN DU MONDE, Président
	Catherine Salinier		PEDIATRE DU MONDE, Présidente ASSOS Programme Malin (aide à la nutrition des enfants de familles socialement vulnérables), Pédiatre



Personnes et organisations auditionnées.

CONTRIBUTIONS & AUDITIONS

Axe 3 « Relever le défi de la santé mentale des enfants et adolescents »

Guillaume Bronsard, Christophe Libert, Anne-Catherine Rolland

CONTRIBUTIONS ÉCRITES.

ANMDA (Association Nationale des Maisons des Adolescents)

API (Association des Psychiatres Infanto-juvéniles de secteur sanitaire et médico-social)

Société Française de Pédiatrie Médico Légale

ALEFPA (Association Laïque pour l'Éducation, la formation, la Prévention et l'Autonomie) **FFAB** (Fédération Française Anorexie Boulimie)

ONPE (Observatoire National de la Protection de l'Enfance)

AFPEN (Association française des psychologues de l'Éducation nationale)

AIRe (Association des ITEP et de leurs Réseaux)

PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse)

FDCMPP (Fédération des équipes en CMPP)

SIP (Société d'Information Psychiatrique)

Collège de pédopsychiatrie de la FFP (Fédération Française de Psychiatrie)

UNAFAM (Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou handicapées Psychiques)

FNAPSY (Fédération Nationale de Patiente en Psychiatrie)

WAIMH (World Association for Infant Mental Health) France

MARCE Francophone

AJPJA (Association des Jeunes Psychiatres et des Jeunes Addictologues)

SNPMI (Syndicat National des Médecins de PMI)

AFPEN (Association Française des Psychologues de l'Éducation Nationale)

SNAMSSPEN (Le Syndicat national autonome des médecins de santé publique de l'Éducation nationale)

SNMSU (syndicat national des médecins scolaires et universitaires)

CNPP (Conseil National Professionnel de Psychiatrie)

CNU PEA



Personnes et organisations auditionnées.

CONTRIBUTIONS & AUDITIONS

Axe 3 « Relever le défi de la santé mentale des enfants et adolescents »

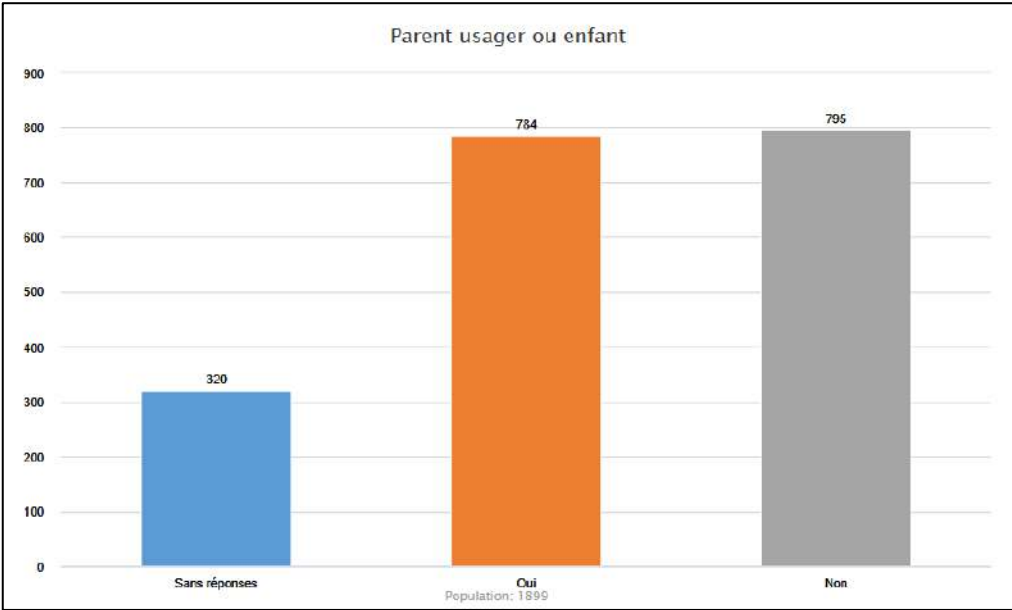
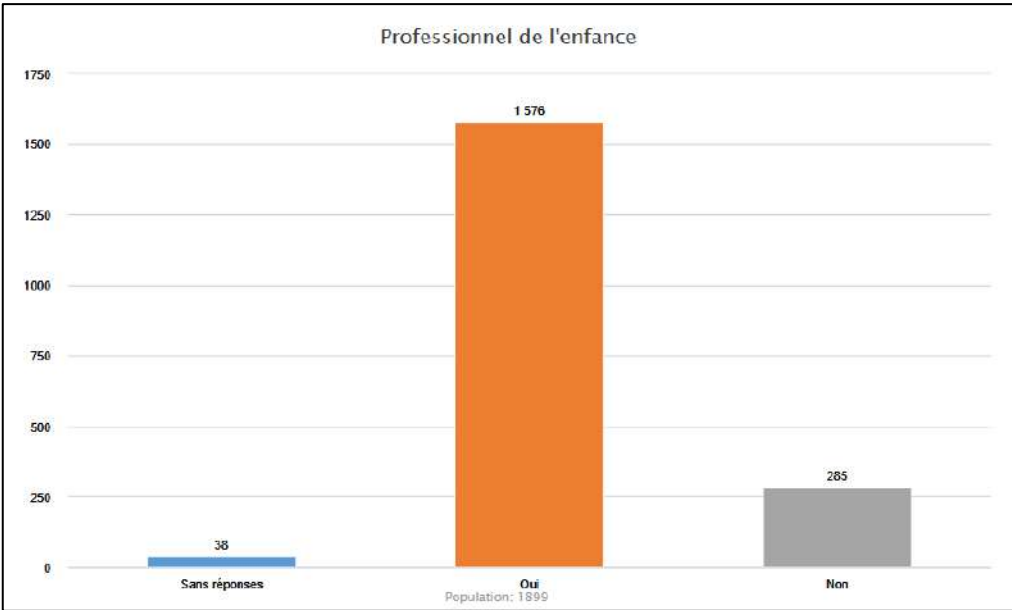
Guillaume Bronsard, Christophe Libert, Anne-Catherine Rolland

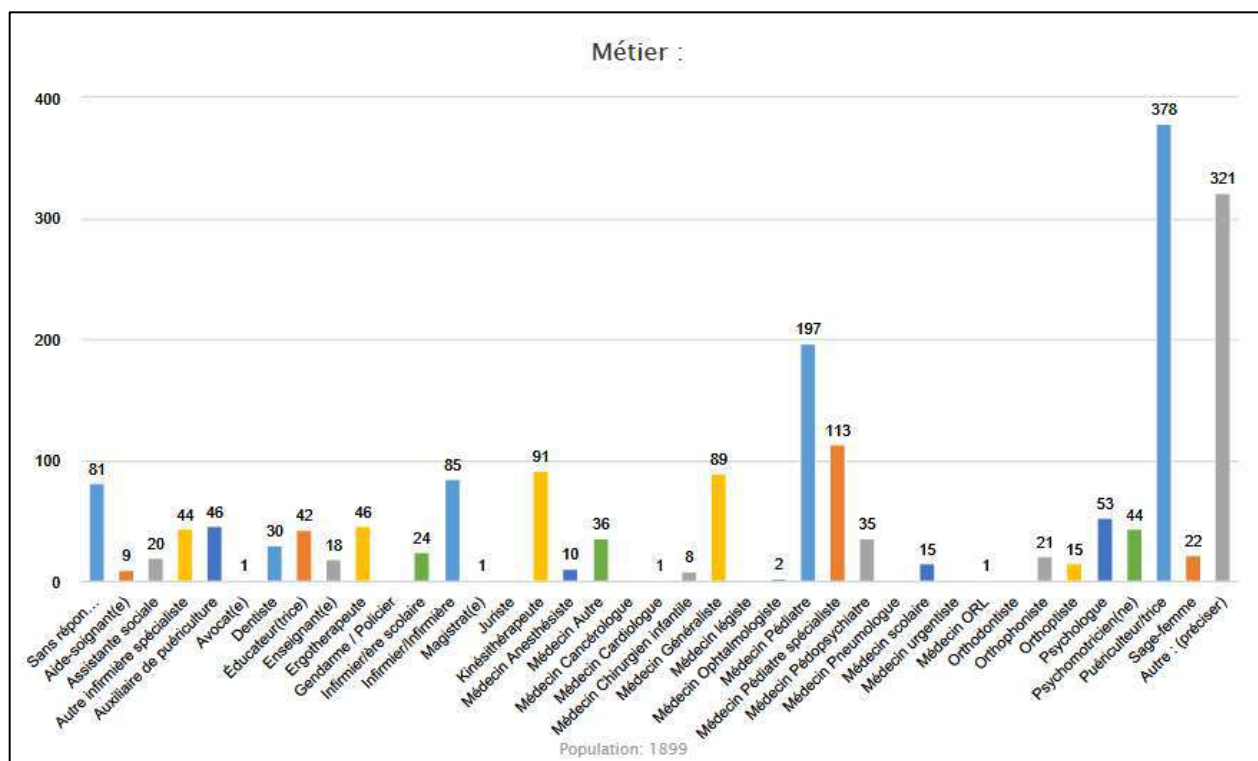
AUDITIONS

Jour	Institution / Nom_Prénom
	Pr Bernard Golse (rapport de la Cour des comptes)
	CA de la SFPEADA (Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent) dont son président Jean Chambry
	API (Association des Psychiatres de secteur infanto-juvénile et du médico-social)
	ANMDA (Association nationale des Maisons des Adolescents)
	CA et AG du CNUP (Conseil National des Universitaires en Psychiatrie)
lundi 30 janvier	Table ronde avec CNU PEA
lundi 7 février	Dr Amandine Buffière présidente de la FDCMPP (Fédération des équipes en CMPP)
Lundi 13 février	Pr Richard Delorme / recherche / TND / Urgences Pr Gisèle Apter pour le Société d'Information Psychiatrique
Mardi 14 février	CNP / Pr Michel Lejoyeux
Vendredi 17 février	UNICEF / Sarah Ben Smida SNPMI Syndicat National des Médecins de PMI / Dr Pierre Suesser Dr Thierry Baubet / CN2R ET CRP IDF Dr Martine Balençon / DR Nathalie Vabres SFPML (Société Française de Pédiatrie Médico Légale) Santé Publique de France / Enguerrand du Roscoat
Mardi 21 février	Délégation interministérielle TND - Claire Compagnon Pr Marie Rose Moro / Psychiatrie transculturelle
Mardi 28 février	Pr Ludovic Gicquel / Maison de l'enfant et de la famille Défenseur des droits des enfants / Eric Delamar Pr Carmen Schröder / IACAPAP et UEMS / Sommeil
Mardi 7 mars	Pr Véronique Delvenne / PEA Belge
vendredi 7 mars	Echanges avec Axe 4
Mardi 14 mars	CNP Dr Paul Jacquin (médecine de l'adolescent)
Vendredi 17 mars	Échanges axe 4
mardi 21 mars	Table ronde avec pédiatres hospitaliers
mardi 28 mars	Table ronde avec Psycho Ffpp + Libéraux CNPP Conseil National Professionnel de Psychiatrie) dont son président Dr Elie Winter président
mardi 11 avril	HCFEA Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, Sylviane Giampino Table ronde prévention suicide : Charles Edouard Notredame pour le 3114, Dr David Soffer de l'ASMA Marseille, et Pr Fabienne Ligier (Nancy)

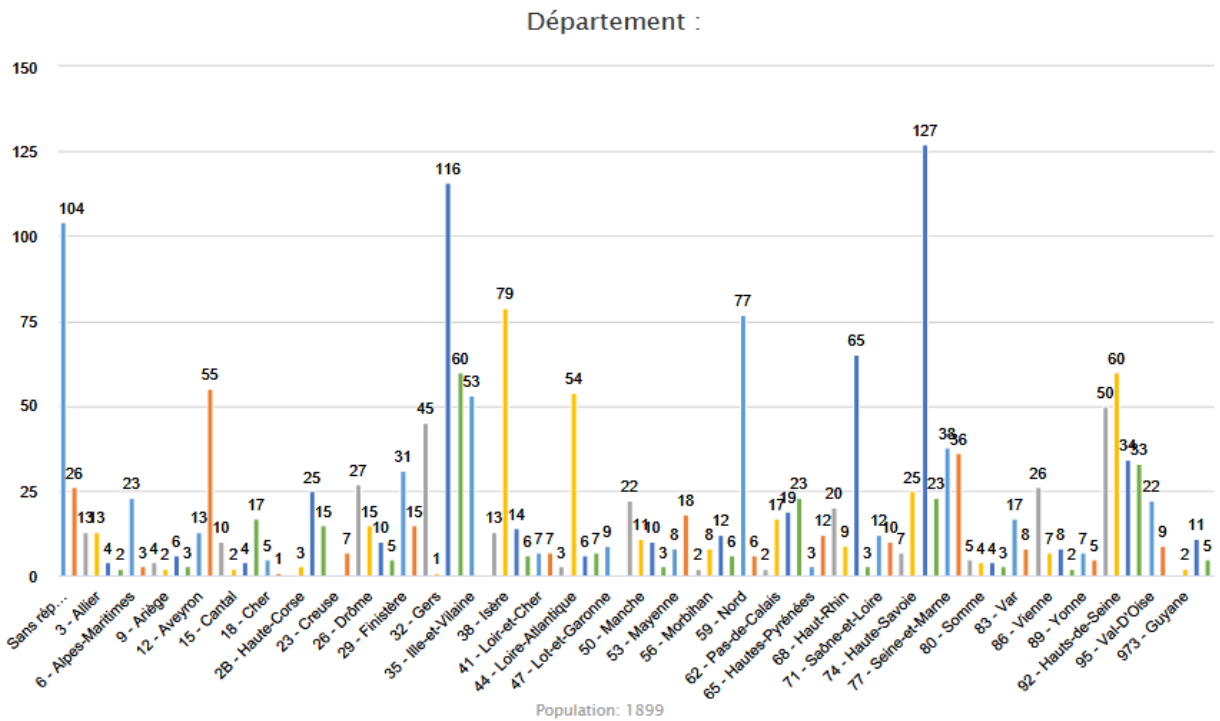
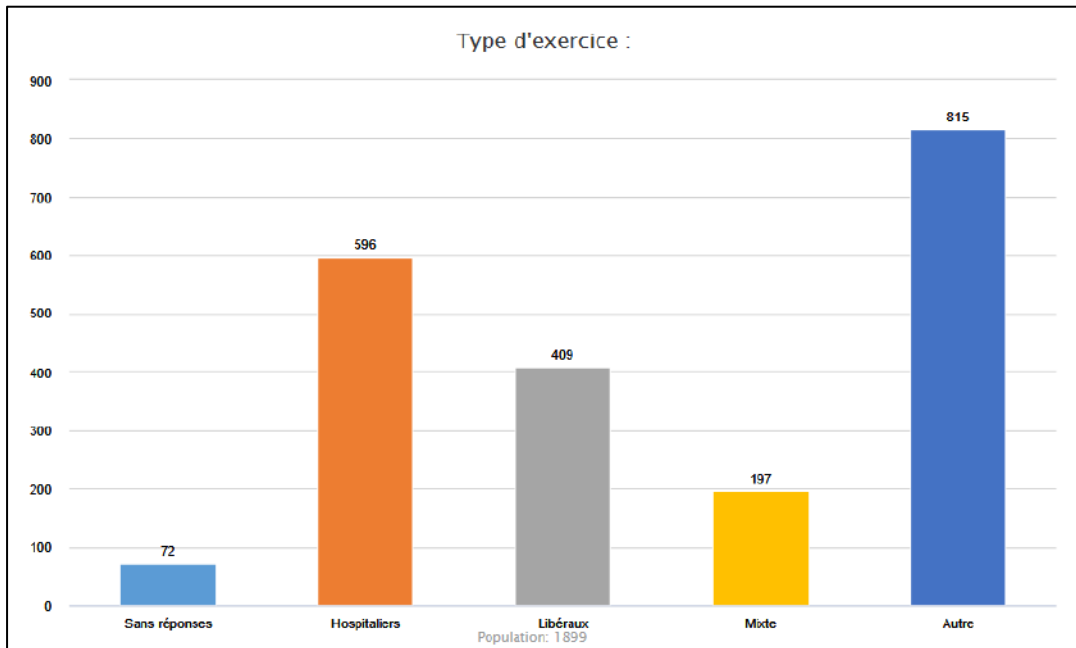
ANNEXE.

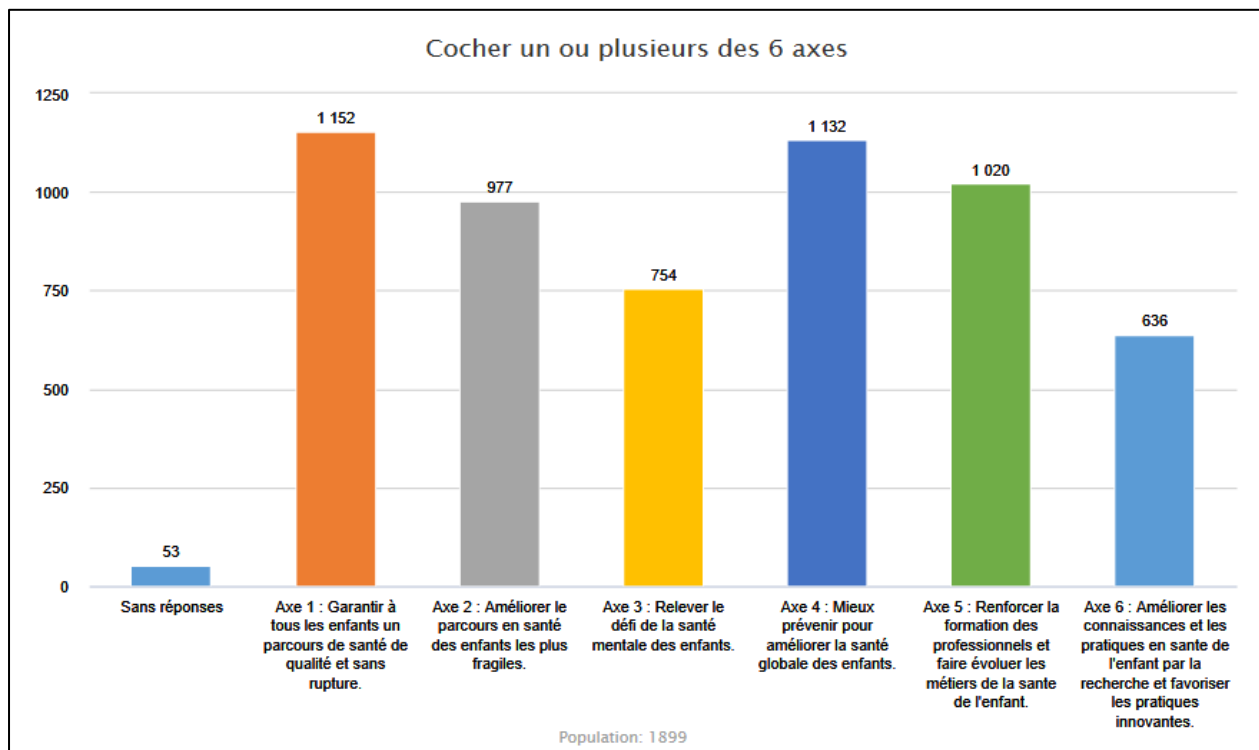
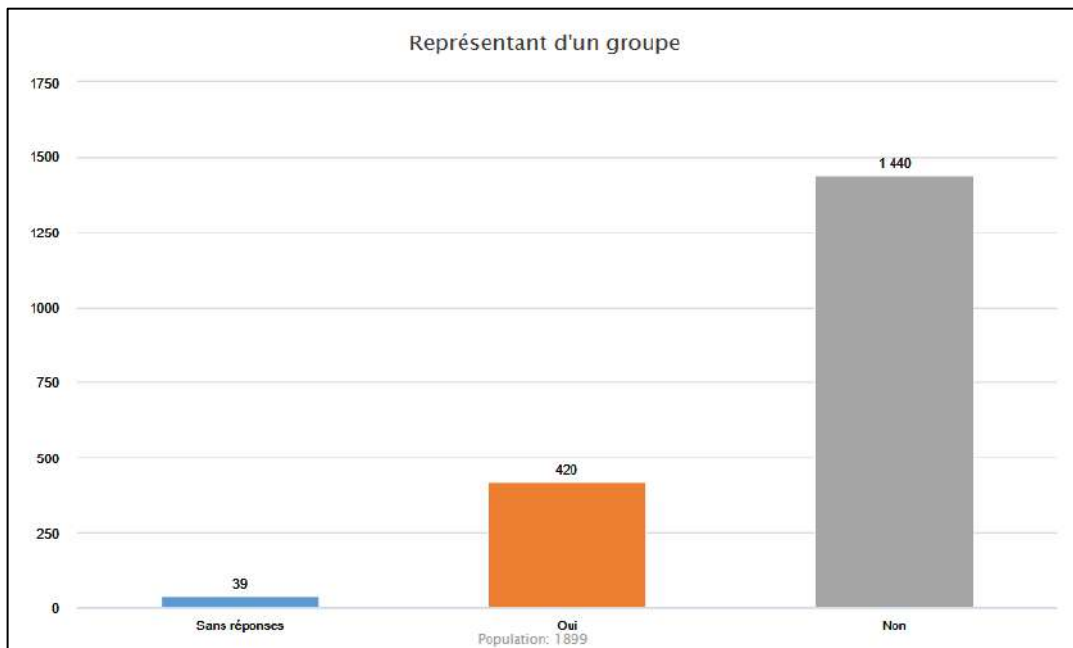
**Données sur les 1899 contributions écrites
déposées sur la plateforme *Solen*.**





Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	81	4,3 %
Aide-soignant(e)	9	0,5 %
Assistante sociale	20	1,1 %
Autre infirmière spécialiste	44	2,3 %
Auxiliaire de puériculture	46	2,4 %
Avocat(e)	1	0,1 %
Dentiste	30	1,6 %
Éducateur(trice)	42	2,2 %
Enseignant(e)	18	0,9 %
Ergothérapeute	46	2,4 %
Infirmier/ère scolaire	24	1,3 %
Infirmier/Infirmière	85	4,5 %
Magistrat(e)	1	0,1 %
Kinésithérapeute	91	4,8 %
Médecin Anesthésiste	10	0,5 %
Médecin Autre	36	1,9 %
Médecin Cardiologue	1	0,1 %
Médecin Chirurgien infantile	8	0,4 %
Médecin Généraliste	89	4,7 %
Médecin Ophtalmologiste	2	0,1 %
Médecin Pédiatre	197	10,4 %
Médecin Pédiatre spécialiste	113	6 %
Médecin Pédopsychiatre	35	1,8 %
Médecin scolaire	15	0,8 %
Médecin ORL	1	0,1 %
Orthophoniste	21	1,1 %
Orthoptiste	15	0,8 %
Psychologue	53	2,8 %
Psychomotricien(ne)	44	2,3 %
Puériculteur/trice	378	19,9 %
Sage-femme	22	1,2 %
Autre : (préciser)	321	16,9 %





ANNEXE.

Perception des parents sur le parcours de santé de leurs enfants.

Enquête mai 2023.



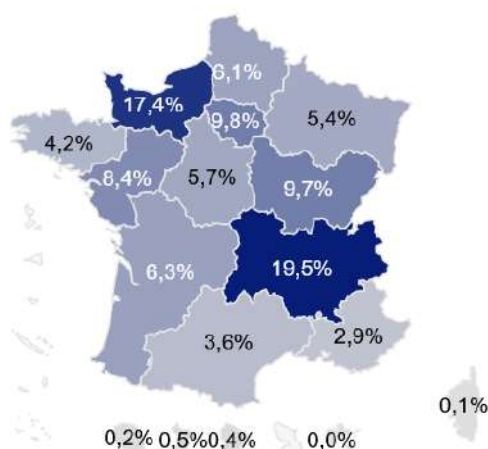
Rappel de la méthodologie.

La santé des enfants suscite l'inquiétude de nombreux professionnels de la pédiatrie et de la santé de l'enfant. Les alertes répétées, portant notamment sur la santé mentale des enfants et adolescents, la persistance d'inégalités en santé ou encore la difficulté d'accéder à certains professionnels ou structures spécialisées, confirment l'intérêt et le besoin de se pencher sur cette question essentielle pour les familles.

Forts de ce constat, les Pouvoirs publics ont décidé de mener des travaux préparatoires à la tenue d'Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant qui auront lieu à la fin du premier semestre 2023 et qui aboutiront à la rédaction d'une feuille de route ministérielle visant à transformer ce secteur. Cet engagement a d'ailleurs été confirmé par la Première ministre, Madame Elisabeth Borne, lors de la présentation des « priorités du Gouvernement pour une France plus indépendante et plus juste », du 26 avril 2023.

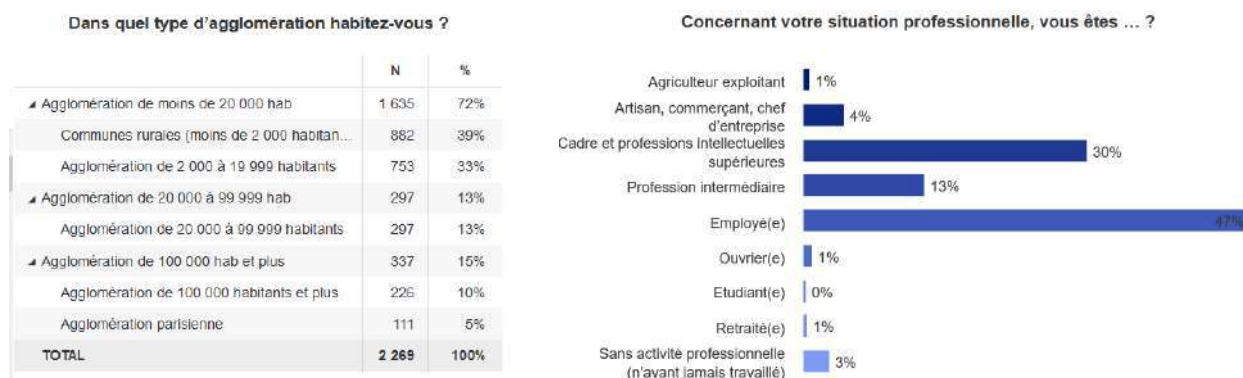
Dans ce cadre, les organisateurs de ces Assises ont souhaité consulter les parents. Il a été demandé à l'Unaf de recueillir cette parole, pour permettre aux parents de faire entendre leur voix à côté de celle des professionnels en charge de la santé de l'enfant et de celle des enfants.

L'Unaf a réalisé une étude auprès des parents, sur le thème de l'accès aux soins pour leurs enfants, en deux volets. Un volet qualitatif pour d'abord comprendre en profondeur le vécu et les attentes des parents, puis un second volet quantitatif pour avoir une vision d'ensemble des problématiques soulevées lors de la phase qualitative.



Rappel de la méthodologie.

Avec une **surreprésentation des communes rurales et villes de moins de 20 000 habitants** :



La grande majorité des répondants est issue de la classe moyenne.

A noter : Cette enquête a pour objectif de recueillir le ressenti des parents, leur perception quant au parcours de santé de leur enfant.

Nous sommes conscients des biais inhérents à ce type d'enquête (sous-représentation des DROM, des publics les plus précaires, ...). Il est donc essentiel de continuer à recueillir la parole de ces populations plus faiblement représentées dans notre étude à travers d'autres méthodes facilitant cette expression. D'autres biais comme celui de la représentativité par tranche d'âge des enfants ont pu être évités grâce à un tirage au sort ciblé des enfants concernés.

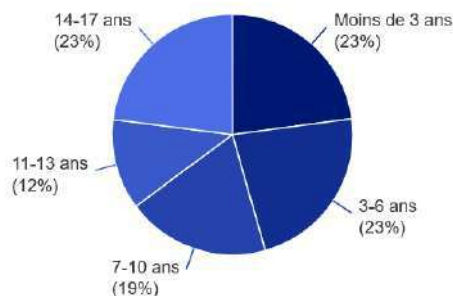
Cependant, la diversité et le nombre de répondants reflètent bien les besoins et les difficultés de la très grande majorité des parents. Ces verbatim, cette expérience des parents a une valeur et doit être pris en compte, au même titre que la parole des professionnels, lorsque l'on réfléchit à construire une politique publique.

Enfin, cette enquête quantitative a été précédée par une enquête qualitative sur la base de focus groupes représentant des parents selon différentes classes d'âge des enfants et catégories socio-professionnelles des parents. Cette étude préalable nous a permis de rédiger le questionnaire de la présente enquête à partir des préoccupations des parents.

Les résultats de ces deux enquêtes sont en cohérence.

Profil de l'enfant visé par l'enquête.

Lorsque la fratrie concernait plusieurs enfants, nous avons fait le choix de choisir d'une manière aléatoire le profil de l'un d'entre eux. L'algorithme proposait donc au répondant le rang dans la fratrie de l'enfant concerné. Ceci nous a permis d'avoir un échantillonnage homogène des classes d'âge des parcours des enfants.



Ce qui représente un effectif étudié de 520 enfants de moins de trois ans, **316** de 3 à 6 ans, **435** de 7- 10 ans, **275** de 11-13 ans et **520** de 14 ans-17 ans.

47 % sont des filles et 53 % des garçons.

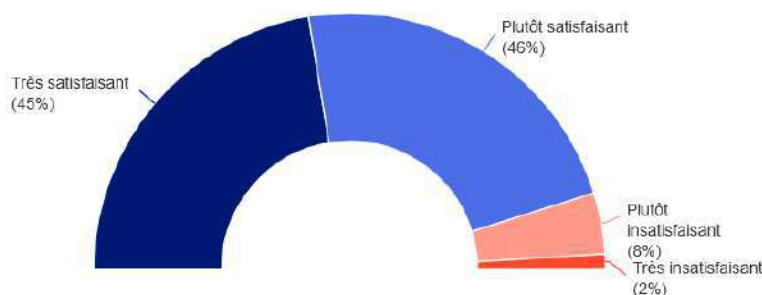
13 % des enfants (296) sont porteurs d'un handicap visible ou invisible et/ou 9 % (200) sont atteints d'une maladie chronique.

Le suivi à la sortie de la maternité et au cours des premières semaines de la vie de l'enfant est positif mais l'accompagnement peut être renforcé.



45 % des répondants ont été très satisfaits, 46 % plutôt satisfaits, 8 % plutôt insatisfaits et 2 % très insatisfaits, concernant le suivi à la sortie de la maternité et les premières semaines de la vie de l'enfant.

Estimez-vous que, dans les toutes premières semaines après la naissance/adoption, à la sortie de la maternité, l'accompagnement de votre bébé a été ... ?



Soulignons que **lorsque l'enfant est porteur d'un handicap, le taux de satisfaction est moindre** puisque 20 % des parents (versus 10 % en moyenne) se disent insatisfaits (15 %) ou très insatisfaits (5 %) de ce suivi. Nous trouvons le **même pourcentage d'insatisfaction lorsque l'enfant est atteint d'une maladie chronique** (17 % insatisfaits et 3 % très insatisfaits). Le manque d'accompagnement et de soutien des parents dans ces situations sont les principaux griefs d'insatisfaction avec celui de l'accessibilité à certains professionnels ou structures.

« Pas assez d'accompagnement, de parcours spécifiques pour les enfants prématurés ; pour les enfants ayant un handicap connu (surdité) ».

« En néonatalogie les moyens sont mis pour que les bébés restent en vie et c'est formidable ! Mais lorsque le handicap se présente (et c'est malheureusement souvent le cas) nous sommes livrés à nous-mêmes et nous entrons dans un long combat éreintant et injuste, où très peu de choses sont pensées pour nos enfants, avec un manque énorme de structures spécialisées ! »

Ce suivi (plusieurs réponses possibles) est fait essentiellement (70 %) par un professionnel de santé de ville, 29 % par la PMI, 18 % ont reçu une aide par les sage-femmes notamment dans le cadre du suivi Prado mis en place par l'assurance maladie, 16 % par la maternité et 2% par un réseau périnatalité.

Au sein de ces différentes organisations, le suivi (plusieurs réponses possibles) a été réalisé dans 50 % des cas par un médecin généraliste, 49 % par un pédiatre, 38 % par une sage-femme, 18 % par une infirmière puéricultrice, 2 % par un gynécologue obstétricien et 1 % par un pédopsychiatre. 4 % ont été suivis par un autre professionnel.

Le suivi à la sortie de la maternité et au cours des premières semaines de la vie de l'enfant est positif mais l'accompagnement peut être renforcé.



Quelques demandes émanant des parents ont été explicitées :

« Il serait nécessaire et urgent de construire un maillage de professionnels spécialistes de la petite enfance, soit les infirmières puéricultrices afin d'organiser les retours à domicile des enfants et parents après une naissance. Accompagner et soutenir la parentalité. Accompagner les mères allaitantes. Instaurer des consultations de soins avec les puéricultrices (qui désengorgeraient les consultations de pédiatres) ».

« Soutien accru des parents dans les premiers mois de l'enfant, notamment en lien avec le risque du post-partum, car nous sommes sans écoute le plus souvent et sans soutien. Pour des parents en difficultés, plus isolés (sans proches) cela peut être catastrophique ».

« La dépression post-partum n'est pas assez évoquée, préparée et accompagnée ».

« Bon suivi au niveau de l'arrivée de bébé, néanmoins quelques soucis au niveau de l'allaitement et le post-partum : bon soutien des soignants, mais quelques manques d'information, gestion des pleurs du bébé et de la fatigue de maman ».

« Qu'il y ait une meilleure reconnaissance et valorisation des sage-femmes, pour qu'elles soient plus disponibles pour les jeunes parents dès la naissance de bébé. Car des parents et surtout une mère en bonne santé après son enfement, c'est un enfant dans de meilleures dispositions pour être en bonne santé ! »

« Lors de ma grossesse, je trouve que le suivi est bien encadré. J'ai été suivie en PMI, puis à l'Hôpital. Les premiers jours passés à la maison avec bébé ont également été bien encadrés par ma sage-femme. Ensuite le suivi PMI était assez léger. Je ne parviens pas à trouver un pédiatre de disponible pour le suivi de mon enfant. Il est donc suivi par mon médecin traitant. Néanmoins, ce dernier ne nous donne que très peu de conseils et encadre peu les premiers mois de vie de notre enfant. Nous sommes un peu livrés à nous-mêmes en tant que parents. De plus cela est d'autant plus fort que c'est notre premier enfant. Nous aurions aimé être plus informés, mieux conseillés pour notre enfant. En outre, aucun professionnel n'a assuré le suivi de l'état de santé psychique de la mère dans le cadre du post partum. »

« Je pense qu'il faut augmenter le passage de la sage-femme après accouchement car 2x ce n'est pas suffisant pour la mère physiologiquement et pour l'enfant. Augmenter les moyens dans les PMI pour un meilleur suivi afin d'être rappelé ou d'avoir des passages à domicile, avoir une personne référente »

« La sortie de maternité, pour des naissances difficiles prématurées et problèmes de santé, devrait être accompagnée plus longtemps pour soutenir les parents ».

« Mise en place systématique TISF à la sortie de la maternité sur les 2 premières semaines qui suivent la sortie sur des temps long (3h) afin d'avoir un professionnel de la petite enfance qui atteste que l'enfant ou la mère va mal s'il y a un problème ! »

Le suivi à la sortie de la maternité et au cours des premières semaines de la vie de l'enfant est positif mais l'accompagnement peut être renforcé.



Ainsi, même si des améliorations sensibles ont été réalisées dans le domaine notamment de l'accompagnement à l'allaitement, de la prévention et de la prise en charge de la dépression anténatale ou postpartum, **il paraît nécessaire, pour les parents que ces mesures soient encore renforcées et soient accessibles à tous** (les pères ou co-parents pouvant eux-mêmes être concernés par la dépression post-partum). Pour l'Unaf il est essentiel que l'entretien prénatal précoce et la préparation à la naissance et à la parentalité soient proposés à tous les parents, ce qui n'est malheureusement pas le cas aujourd'hui. Il en est de même des entretiens postnataux précoces qui sont pourtant obligatoires également et qui s'inscrivent dans le programme des 1 000 premiers jours. L'Unaf regrette par ailleurs qu'à la différence de l'entretien prénatal précoce, cet entretien postnatal ne soit pas pris en charge à 100% par l'assurance maladie (il ne l'est actuellement qu'à hauteur de 70%), ce qui peut être un frein à son développement. L'existence de cet entretien postnatal n'est enfin pas connue des parents, un effort doit donc être fait en ce sens.

En France, environ 12,5 % des femmes enceintes ont déclaré une détresse psychologique anténatale dans le cadre de l'étude Elfe <https://www.elfe-france.fr/> et recommandation de bonnes pratiques HAS https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/reco349_note_cadrage_rbp_troubles_psychiques_perinataux_mel.pdf

Près d'une mère sur cinq est touchée par une dépression post-partum dans les 4 semaines qui suivent l'accouchement et près d'un père sur dix traverse une dépression pendant la grossesse ou peu après la naissance de son bébé. <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/le-baby-blues-et-la-depression-post-partum>

www.pediatre-online.fr/parentalite/depression-du-post-partum-les-peres-aussi/

L'entretien prénatal précoce (EPP) propose **d'identifier les besoins des couples en matière de santé physique et psychique** et d'apprécier leur environnement social en période périnatale. Il est réalisé par un médecin ou une sage-femme. La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) propose une **démarche d'éducation pour la santé**. L'objet de cet entretien est de permettre au professionnel de santé d'évaluer avec la femme enceinte ses éventuels besoins en termes d'accompagnement au cours de sa grossesse.

Selon l'enquête Elfe, 33 % des mères avaient bénéficié d'un EPP (entretien prénatal précoce) et 52 % d'une PNP (préparation à la naissance et à la parentalité).

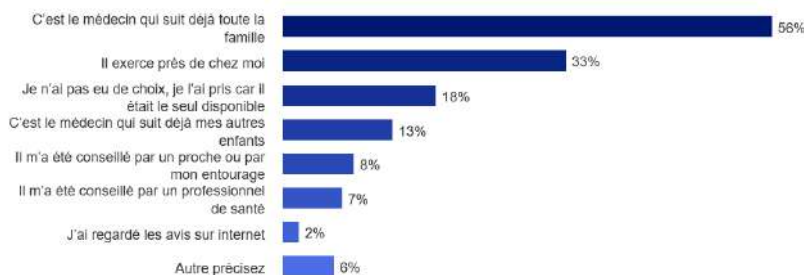
En vigueur depuis le 1er juillet 2022 (Article L.2122-1 du Code de Santé Publique), cet entretien vise à repérer des signes précoces de dépression postnatale pour prévenir le syndrome post-partum qui touche une proportion importante de femmes. Cet entretien postnatal précoce obligatoire est proposé entre 4 et 8 semaines après l'accouchement, il est réalisé par un médecin ou une sage-femme. Un deuxième entretien peut être proposé, entre les dixième et quatorzième semaines qui suivent l'accouchement, par le professionnel de santé qui a réalisé le premier entretien aux femmes primipares ou pour lesquelles ont été constatés des signes de la dépression du postpartum ou l'existence de facteurs de risques qui y exposent.



Suivi actuel de l'enfant : des difficultés quant à l'accès à certains professionnels de santé.

Actuellement, le suivi de l'enfant est réalisé (plusieurs réponses possibles) dans 83 % des cas par un médecin généraliste, 25 % par un pédiatre, 11 % par un autre spécialiste, 2 % par un médecin de PMI, 1 % par aucun médecin.

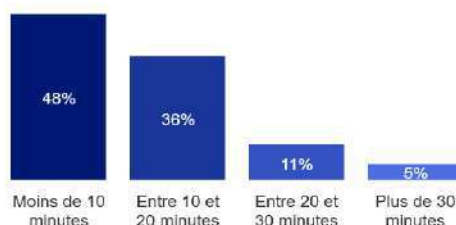
Concernant le critère de choix du médecin qui assure ce suivi :



La notion de « médecin de famille » est donc encore totalement fondée, le critère de proximité est lui aussi important. Néanmoins, il est à souligner que **18 % (soit 400) des parents déclarent qu'ils n'ont pas eu le choix du médecin et qu'ils ont pris celui qui était disponible**, nous reviendrons sur ce sujet dans la suite de cette enquête.

Ce médecin consulte à 70 % au sein d'un cabinet médical de ville, 23 % au sein d'une maison de santé, 5 % dans un centre de santé, 2 % dans un service hospitalier et 1 % dans un établissement spécialisé.

Combien de temps de trajet mettez-vous pour vous rendre chez le médecin de votre enfant ?



353 parents déclarent être à plus de 20 minutes du médecin qui suit leur enfant, dont 112 à plus de 30 minutes. Les verbatims montrent que pour certains parents, ce trajet peut être beaucoup plus long et correspondre à plus d'une heure (aller) du lieu de consultation.

Dans 75 % des cas, c'est la mère qui amène l'enfant chez le médecin, dans 4 % c'est le père et dans 19 % ce sont alternativement l'un et l'autre. Néanmoins, ces chiffres sont sensiblement différents selon l'âge de l'enfant, puisque **quand l'enfant a moins de 3 ans c'est dans 30 % des cas la mère ou le père** qui, alternativement l'accompagne, contre 23 % chez les 3-6 ans.



Carnet de santé de l'enfant : un document à part et à forte charge émotionnelle.

Lors de la consultation, apportez-vous le carnet de santé de l'enfant ... ?



● Toujours ● De temps en temps ● Uniquement pour les vaccins ● Jamais

Le carnet de santé de l'enfant est-il pour vous un document important pour suivre son parcours de santé ?



● Oui, tout à fait ● Oui, plutôt ● Non, plutôt pas ● Non, pas du tout

Souhaiteriez-vous qu'il existe une version numérique de ce carnet de santé ?



● Non, je préfère rester uniquement sur la version papier ● Oui, je souhaiterais l'avoir uniquement sous format numérique
● Oui, je souhaiterais avoir le format numérique et le format papier ● Je ne sais pas

Le carnet de santé de l'enfant est donc un document important pour les familles et a une forte valeur émotionnelle. Elles déclarent l'utiliser très souvent, même si son utilisation systématique concerne plus particulièrement la période où l'enfant est moins âgé. Ainsi, 96 % des parents d'enfants de moins de 3 ans déclarent apporter toujours le carnet de santé, alors qu'ils ne sont plus que 56 % pour les enfants de 11 à 13 ans et 42 % pour les plus de 14 ans.

Chez les plus de 14 ans les parents amènent surtout le carnet de santé pour le suivi des vaccins.

Si 13 % des parents veulent que ce carnet ne soit plus désormais que sous un format numérique et intégré dans « Mon espace santé », 39 % des répondants veulent qu'il demeure exclusivement sous un format papier et 44 % sous les deux formats. Ceci corrobore les résultats d'une enquête que l'Unaf avait menée sur ce sujet. Les parents veulent pouvoir lire le carnet avec leur enfant. Ce document a **une forte connotation symbolique**, il représente l'histoire du parcours de santé de l'enfant. Les parents transmettent encore ce carnet à leur enfant lorsque celui-ci quitte la maison, ceci peut expliquer **l'attachement des parents à « l'objet »** carnet santé de l'enfant sous un format papier.

« Le carnet de santé est un élément indispensable qui a fait ses preuves. Il faut le maintenir et éventuellement le proposer en version digitale ».

Prévoir le maintien, à côté d'une version électronique, d'une version papier du carnet de santé et du volet famille, tout du moins pendant une période de transition, est à envisager. Ceci n'est sans doute pas aisé à réaliser mais peut être la garantie de ne pas créer/aggraver les inégalités de santé déjà existantes par un non-accès aux bases documentaires pour les familles. En tout état de cause, certaines familles devront être accompagnées dans l'utilisation d'un tel carnet sous format dématérialisé afin de leur faciliter son utilisation.

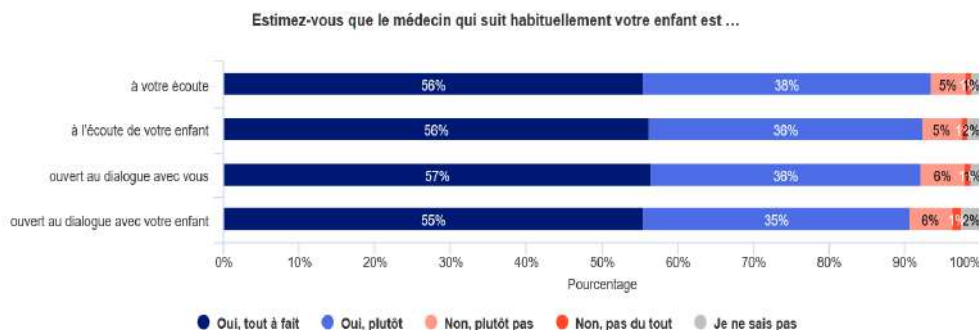
Un certain nombre de parents peu favorables à la dématérialisation du carnet de santé de l'enfant, indiquent cependant qu'une telle dématérialisation serait utile pour le volet vaccinal.

Intégrer la prévention en santé (carnet de vaccination électronique) dans mon espace santé pour un meilleur suivi des vaccinations à la naissance.

Rapport du HCSP « Actualisation du contenu des examens de santé de l'enfant, messages et outils de prévention du carnet de santé en vue de sa dématérialisation » Mars 2022.

file:///C:/Telechargements/hcspr20220317_actduconducuardesandelenfenvuedes-1.pdf

Une relation de confiance entre les parents et le médecin qui suit leur enfant.



L'appréciation que portent les parents sur cette relation est, en règle générale très bonne et ceci quel que soit l'âge de l'enfant.

Certains parents demandent cependant **le renforcement de la formation des médecins quant au dialogue et l'écoute avec les enfants**, car l'enfant n'est pas un petit adulte et que sa prise en soin doit donc être différente de celle d'un adulte. Par ailleurs, l'écoute et le dialogue avec les parents peuvent être parfois améliorés.

« Être formé à l'écoute des parents et enfants. Pas que sur le soin à proprement parler ».

« Faire évoluer la prise en charge par les généralistes, qui sont peut-être formés aux gestes à accomplir, mais pas du tout à l'attitude à avoir avec des enfants et des bébés, ce qui rend les consultations très stressantes et peuvent conduire à ne pas consulter ».

« Il faut que les parents soient plus écoutés, soutenus en cas de soucis de santé de leurs enfants. Il faut des professionnels formés, à l'écoute et non jugeant. Le fait de ne pas avoir de réponses et d'écoute est très traumatisant pour les parents et culpabilisant. Cela ne donne pas envie de revenir consulter et de poser des questions, car on se sent jugé, ou il faut faire le forcing pour être reçu ».

« On ne se sent ni écouté, ni rassuré, tout va trop vite »

« Revoir la formation des médecins généralistes en pédiatrie puisqu'ils viennent pallier le manque de pédiatres. Cela éviterait que les parents se tournent vers des "coach" en parentalité, qui n'ont aucune formation médicale, pour compenser le manque d'information/conseils prodigués par les généralistes ».

Certaines situations nécessiteraient que les médecins soient mieux formés ou sensibilisés :

« Un réel manque de formation sur l'allaitement pour les médecins généralistes, les gynécologues et même certains pédiatres ».

« Faire en sorte que les professionnels de santé soient sensibilisés à l'adoption et à ses troubles au travers des âges, pour nous soutenir au fur et à mesure et entretenir un dialogue ».

« La formation des médecins généralistes pourrait aussi être renforcée sur les situations particulières de l'enfant, car tous ne sont pas très à l'aise ».

Des parents demandent également un renforcement des **capacités à repérer certains troubles des apprentissages**, ou problèmes liés à la santé mentale...

Les professionnels exerçant depuis un certain nombre d'années devraient être formés sur les "nouvelles" problématiques de santé, telles que les troubles de l'oralité alimentaire, l'autisme, les enfants hpi ...

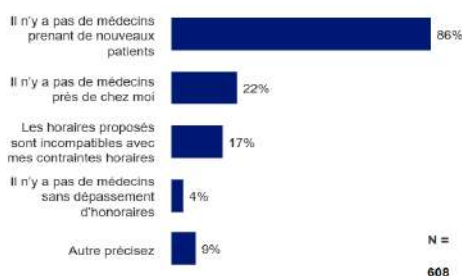
...et, au-delà, de tous les handicaps :

« Mieux prendre en compte les enfants en situation de handicap, leurs spécificités en termes de communication notamment, former les personnels à la prise en charge des enfants en situation de handicap, accessibilité des cabinets médicaux, label santé et handicap, en résumé faciliter l'accès aux soins pour les enfants en situation de handicap ».

Accessibilité aux soins / prise de rendez-vous : des difficultés de plus en plus importantes et qui inquiètent beaucoup de parents.

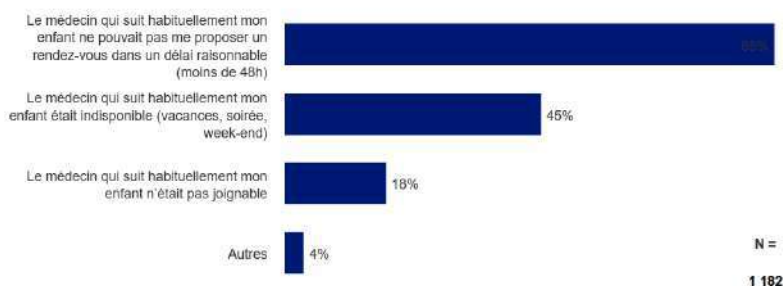
27 % des parents (608) indiquent avoir rencontré des **difficultés pour trouver un médecin** qui suive leur enfant parce qu'il n'y a pas de médecins près de chez eux mais surtout parce que lorsqu'il y a encore des médecins sur le bassin de vie, **beaucoup ne prennent plus de nouveaux patients.**

Quelle(s) difficulté(s) avez-vous rencontrées ? (plusieurs réponses possibles)



De même, **52 % des répondants** déclarent avoir rencontré **des difficultés pour avoir un rendez-vous médical** avec le médecin qui suit habituellement l'enfant.

Quelle(s) difficulté(s) avez-vous rencontrées ? (plusieurs réponses possibles)



Dans ces cas, les parents se « débrouillent » le plus souvent.

Comment faites-vous pour contourner cette difficulté ? (plusieurs réponses possibles)



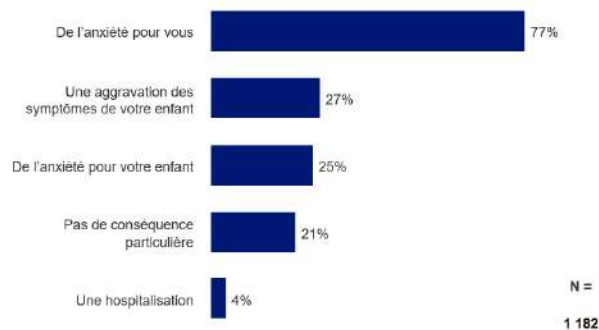
Une récente enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, montre en population générale qu'en 2022, 65% des médecins déclaraient être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant, ils étaient 53% en 2019. Etudes et Résultats DRESS N° 1267 mai 2023.

Accessibilité aux soins / prise de rendez-vous : des difficultés de plus en plus importantes et qui inquiètent beaucoup de parents.

L'âge de l'enfant est, là encore, un marqueur important quant à l'attitude des parents. Ainsi, parmi les parents qui ont eu des difficultés pour obtenir un rendez-vous, 33 % de parents d'enfants de moins de 3 ans et 30 % pour les 3-6 ans (versus 26 % en moyenne) vont appeler un service de médecins qui se déplace au domicile (type SOS médecins...), 40 % de parents d'enfants de moins de 3 ans (versus 27 % en moyenne) vont tenter de décrocher un rdv chez un médecin disponible sur une plateforme de type Doctolib... et 25 % de parents d'enfants de moins de 3 ans (versus 21 % en moyenne) vont aller aux urgences. Alors que seuls 31 % de parents d'enfants de moins de 3 ans vont soigner eux-mêmes leur enfant (versus 44 % en moyenne).

Cette difficulté d'obtenir un rendez-vous n'est pas sans conséquence pour les parents et les enfants concernés :

Diriez-vous que cette difficulté pour obtenir un rendez-vous a donné lieu à ... ?
(plusieurs réponses possibles)

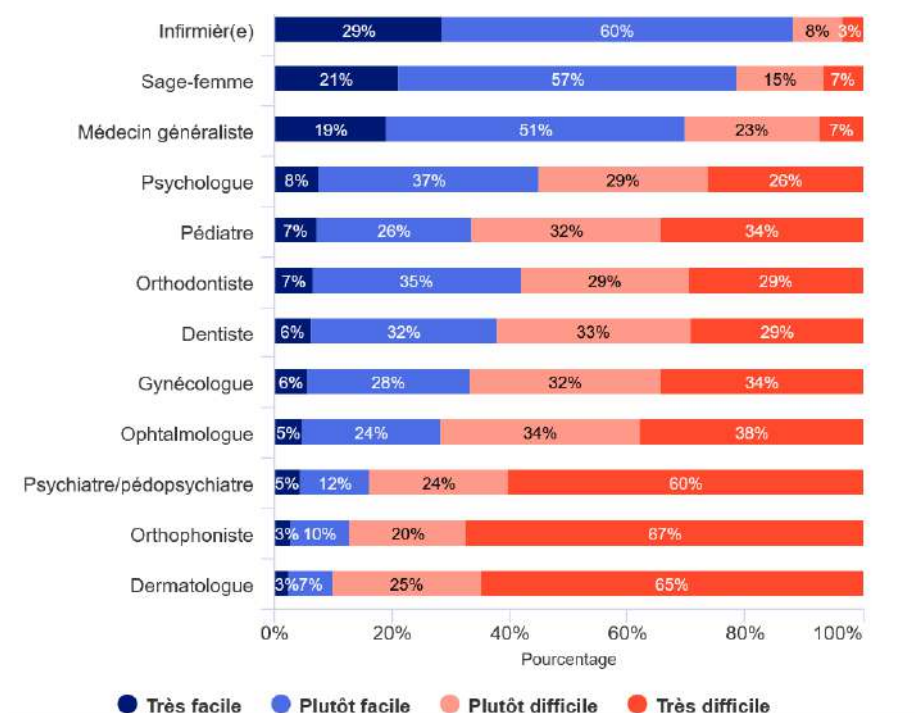


Les parents d'enfants de moins de 3 ans déclarent que cette difficulté d'obtenir un rendez-vous augmente pour 82 % d'entre eux (versus 77 % en moyenne) leur anxiété. 33 % des parents d'enfants de la tranche d'âge 3-6 ans soulignent quant à eux, que cela a provoqué une aggravation des symptômes de l'enfant (versus 27 % en moyenne).

D'après les parents, **cette situation crée une anxiété plus importante chez les enfants atteints d'une maladie chronique** (36 % versus 25 %) et une aggravation des symptômes de l'enfant (41 % versus 27 %) et un risque d'hospitalisation supérieur (14 % versus 4 %). **De même, pour les enfants porteurs d'un handicap**, il y a une hausse de l'anxiété pour l'enfant (44 % versus 25 %), une aggravation des symptômes 33 % versus 27 %) et une hospitalisation elle aussi supérieure (8 % versus 4 %).

Accessibilité aux soins / prise de rendez-vous : des difficultés de plus en plus importantes et qui inquiètent beaucoup de parents.

Cette difficulté pour obtenir un rendez-vous est encore plus importante concernant certains professionnels de santé (en prenant les parents concernés par le professionnel correspondant) :



Le plus grand nombre de témoignages concerne **l'accessibilité à des professionnels de santé** dans de nombreux territoires. Si ce constat n'est pas une surprise, nous ne pouvons néanmoins qu'être **préoccupés par son ampleur**. **Le manque de pédiatres en ville** (66 % des parents déclarent cet accès difficile ou très difficile) est notamment souligné par de nombreux parents.

« La difficulté à trouver des spécialistes de santé. Notre médecin traitant gère parfaitement les maux courants mais nous avons besoin d'un pédiatre spécialisé pour son asthme, les rdv sont difficiles à obtenir et dans des délais beaucoup trop longs (2 à 3 mois), impossible en cas de crise de revoir le traitement avec elle donc passage aux urgences... »

« Mon dernier enfant a besoin de voir un ophtalmologue, mais c'est mission impossible en Vendée. Je ne parle même pas de traiter son eczéma, ou les verrues de mon aîné : aucun dermatologue chez nous ».

« Il faut absolument qu'il y ait plus de pédiatres en cabinet. Cela permettrait également de désengorger les urgences. Depuis que j'ai déménagé, je n'ai pas pu trouver de pédiatre proche de chez moi (j'habite pourtant en proche banlieue parisienne !) et donc j'ai gardé la pédiatre de mes 2 grandes filles qui se trouve à 30 min de voiture ! »

La Cour des comptes dans un rapport intitulé « La santé des enfants » de décembre 2021 soulignait que 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.



Accessibilité aux soins / prise de rendez-vous : des difficultés de plus en plus importantes et qui inquiètent beaucoup de parents.

Ce manque de ressources professionnelles concerne les médecins et parmi eux, en premier lieu, les généralistes, mais aussi certains spécialistes comme les pédiatres, les pédopsychiatres, les chirurgiens-dentistes, les dermatologues les gynécologues, les ophtalmologues etc. Ce manque porte **également sur les paramédicaux** que sont notamment les orthophonistes, les orthoptistes, les psychomotriciens, les ergothérapeutes etc. mais aussi d'autres professionnels comme les psychologues.

« La situation des orthophonistes en particulier est catastrophique. Nous avons patienté plus d'un an avant d'obtenir une place en libéral, malgré notre besoin urgent ».

« au diagnostic et aux spécialistes plus rapidement. Ne plus avoir besoin d'être évacué dans l'hexagone pour les enfants malades de Guyane ».

« Il n'y a pas assez de pédopsychiatres, d'orthophonistes, de médecins généralistes... Le temps d'attente pour les spécialistes est très long et il faut être dans l'urgence vitale pour avoir des soins adaptés (dans notre cas, le suivi psychiatrique a été régulier, suite à sa tentative de suicide !) ».

Les expressions sont nombreuses et indiquent le **désarroi dans lequel se trouvent les familles concernées**. Les familles rapportent que lorsqu'il y a encore des professionnels de santé sur leur bassin de vie, beaucoup ne prennent plus de nouveaux patients, ce qui contribue à **augmenter le stress** des parents. De même certains parents qui ont, pour l'instant, un médecin qui suit leur enfant, sont néanmoins très inquiets lorsque ce professionnel est proche de l'âge de la retraite et ont peur de ne pas en retrouver un nouveau lors du départ de ce dernier.

« C'est un vrai chemin de croix pour trouver des professionnels qui prennent de nouveaux patients... »

« Le gros problème est le médecin traitant, nous avons la chance que le dernier restant du village accepte tout le monde, même si ce n'est pas mon premier choix, mais il est à la retraite en 2023 et là nous n'aurons plus personne si le cabinet n'est pas repris et pas de médecins à 30 km à la ronde ».

« La désignation d'un médecin traitant est inutile car les délais de RV sont de 15 jours. Donc que faisons-nous quand l'enfant est malade ??? On va chez le premier médecin qui est disponible.... Tous les RV médicaux sont devenus un calvaire ».

« On se sent parfois désespéré et on nous martèle qu'il ne faut pas aller aux urgences pour rien, mais c'est parfois LE SEUL moyen de rencontrer un professionnel de santé ».

Ceci peut avoir de **lourdes conséquences quant à la qualité du suivi du parcours de santé de l'enfant** (des parents relatent que cela a aggravé la symptomatologie, qu'ils ne peuvent faire les bilans ou les dépistages préconisés ...).

« Quand nos enfants sont malades, trouvez-vous normal que l'on doive attendre plusieurs jours pour avoir un rendez-vous ? Trouvez-vous normal que cela nous amène à aller aux urgences pour traiter les conséquences de maladies partant au départ bénignes ? »



Accessibilité aux soins / prise de rendez-vous : des difficultés de plus en plus importantes et qui inquiètent beaucoup de parents.

Cette raréfaction d'une réponse médicale, ou para médicale, se traduit par un allongement des délais de prise en charge (de quelques jours - souvent impossible d'avoir un rdv à moins de 48h - à plusieurs mois, voire plus d'une année selon les spécialités), des temps de déplacement importants (parfois plusieurs dizaines de kilomètres à faire et certaines familles n'ont pas toujours un moyen de locomotion). Ce manque d'accès conduit aussi certains parents à aller aux urgences, alors même que la prise en soin de l'enfant aurait dû être faite en ville.

« J'ai la chance d'avoir trouvé tous les médecins et spécialistes pour mon fils, mais il m'a fallu vraiment batailler pour y arriver. Sur notre département il y a un vrai manque de médecins, en tout genre. Les délais pour un rendez-vous sont parfois disproportionnés par rapport au besoin ».

« Je fais quand même 40 minutes de route pour aller voir notre médecin de famille et ma fille de 6 ans n'a jamais vu de pédiatre, car c'est impossible d'en trouver de disponibles dans mon département (Deux-Sèvres). Elle n'a toujours pas vu de dentiste non plus, car notre dentiste de famille ne prend plus les enfants de ses patients et nous n'en trouvons pas d'autre ».

« Les spécialistes les plus difficiles à trouver pour les enfants sont les dentistes et ophtalmologues. Pour ma fille de 3 ans, je n'ai pas encore pu avoir de place pour que sa dentition soit consultée. Pour un ophtalmo pédiatrique, je dois me déplacer à 1h30 de mon domicile à Caen, pour avoir un rdv que je dois prendre 1 an à l'avance. Il n'y a pas assez de professionnels spécialisés dans les "campagnes" ou « petites villes ».

« La difficulté principale que je rencontre est la prise de rendez-vous avec des nouveaux intervenants : orthophonistes, orthoptistes, pédiatres, ophtalmologues, dermatologues, psychomotriciens, ORL ou rendez-vous de spécialistes à l'hôpital. Lorsque l'on déménage ou que l'on a besoin d'un nouveau suivi pour son enfant, il est parfois impossible d'obtenir un rendez-vous, même dans un délai de 6 mois, ou d'un an. De nombreux médecins ne prennent pas de nouveaux patients. Certains services de l'hôpital sont difficilement joignables par téléphone. Il faut alors avoir de la chance, faire jouer son réseau, insister mais parfois cela n'est pas suffisant. On a alors le choix : ne pas faire soigner son enfant, faire deux heures de route pour un rendez-vous quand il s'agit d'un spécialiste, ou parfois aller aux urgences pédiatriques, alors qu'il s'agit d'une consultation pédiatrique qui pourrait avoir lieu en ville ».

« Il est inadmissible qu'en France, nos enfants ne puissent pas avoir accès à un minimum de soins aux vues de leurs besoins. Un dentiste, un spécialiste orthophoniste, psychologue, éducateur spécialisé, etc. plus de 6 mois, voire 1 an d'attente, si ce n'est pas carrément un refus ».

« Difficultés pour trouver des spécialistes, notamment les ophtalmologues, alors qu'un suivi est indispensable dès le plus jeune âge ! Il faut faire plus de 2h de route pour un rendez-vous... »

Ceci ne peut être compensé par la **téléconsultation** (qui est vue par les parents comme un moyen pour dépanner dans certains cas, mais non comme un moyen pour assurer un suivi à long terme), ou l'appel à des associations de médecins du type SOS médecins, mais qui ne sont pas implantées partout sur le territoire.

Cette tension au sein des territoires aboutit parfois à ce que des familles déménagent, afin de vivre dans un lieu qui bénéficie d'une offre de soins moins en tension. Beaucoup nous disent qu'en tout état de cause, **trouver un médecin peut s'assimiler à un véritable « parcours du combattant » et nécessite de déployer une énorme énergie**. Des parents parlent parfois de « scandale », de « situations révoltantes », « d'inégalités inacceptables », « de médecine à deux vitesses ».

« C'est un scandale d'attendre un mois pour se faire soigner et plus d'un an ou deux presque, pour un suivi orthophoniste ! J'ai dû faire plus d'une heure de trajet pour avoir un rdv en moins de 2 mois chez un orthophoniste juste pour un bilan ! C'est un non-sens écologique économique et complètement injuste ! »



Accessibilité aux soins / prise de rendez-vous : des difficultés de plus en plus importantes et qui inquiètent beaucoup de parents.

« Mon mari et moi sommes soucieux de la santé de nos enfants. Et ils sont bien suivis. Mais quelle bataille ! Se battre pour trouver un pédiatre qui accepte de nouveaux patients, se battre pour décrocher un RDV d'ophtalmologiste (parfois un an de délai), de dermatologie, se battre pour caler une radiographie ou une prise de sang. Chaque examen nécessite beaucoup d'énergie et de coups de fil ».

« Trouver un médecin quand on aménage dans une zone rurale est un vrai défi ! Sans parler des autres spécialistes. 6 mois en liste d'attente, pour voir un orthophoniste, pour un bilan ... on finit par laisser tomber ...résigné »

« L'accès aux soins est très compliqué aujourd'hui et très stressant, surtout quand il s'agit des enfants ».

« Comment se faire accompagner quand aucun orthophoniste ne peut suivre votre enfant, faute de place dispo?? Nous nous sentons démunis, seuls, abandonnés. Pourtant nos enfants ont besoin de ces aides pour avancer dans leur scolarité ».

« Renforcer / obliger la présence de médecins généralistes dans les campagnes. Notre médecin part en retraite dans un an, il ne sera pas remplacé. 10 % des Français n'ont pas de médecin traitant, il y a donc une médecine à plusieurs vitesses. C'est une réelle rupture d'égalité dans notre pays, avec des urbains en bien meilleure santé que les ruraux. Mes enfants sont en bonne santé, nous croisons les doigts pour que ça dure. Nous sommes inquiets pour l'avenir et en colère face à cette injustice ».

Ce constat touche tous les territoires et tous types d'agglomérations, mais la situation des territoires ruraux est particulièrement préoccupante.

« Accès aux soins par des professionnels pédiatres pour nos enfants, impossible dans les zones rurales. Trop peu de professionnels exerçant dans ces zones rurales, une heure de route minimum et des semaines d'attente. Intolérable et non compatible avec les besoins d'un très jeune enfant - 3 ans. Source d'angoisse. Améliorer ce volet serait opportun ».

« Favoriser l'installation de professionnels de santé en milieu rural car :- 2h de route aller-retour si besoin de voir un pro autre que médecin généraliste (psychomotricien, orthophoniste, ...)- Difficulté +++ à avoir un RDV avant 1 an et parfois même refus de recevoir l'enfant car le pro n'a pas assez de disponibilité (zone trop large) »

Signalons enfin que la difficulté d'accessibilité à certains médicaments a été relevée par les parents alors même que nous n'avions pas posé de question à ce sujet.

« Éviter les ruptures de stock de médicaments réservés aux enfants ».

« Aujourd'hui impossible de trouver un antibiotique pour mon fils de 3 ans ! Il est indispensable de s'occuper du milieu de la santé ; c'est inconcevable qu'en 2023 la France soit en rupture de médicaments !!!!! Que fait-on ?!? »



Quelles solutions proposées par les parents pour améliorer l'accessibilité à des professionnels de santé ?

Certains parents estiment qu'il faut : réévaluer les salaires de ces professionnels, améliorer l'attractivité de ces métiers, faciliter leur installation dans ces territoires, que l'on augmente le *numerus clausus* (ce qui a déjà été fait), que l'on étende les missions d'autres professionnels (sage-femmes, pharmaciens, infirmières, qui sont mieux répartis et plus accessibles), **développer les pratiques avancées et des lieux qui peuvent accueillir des urgences non vitales** (bronchiolite, varicelle, urticaire, etc.) d'autres sont plus radicaux et préconisent qu'on leur **impose de venir s'installer dans les lieux où il y a une demande forte**.

« Arrêter de laisser les médecins s'installer librement où ils veulent ! Les pharmacies ne peuvent pas se mettre n'importe où, pourquoi les médecins, financés en grande partie par nos impôts via la Sécurité sociale, continuent-ils toujours à pouvoir s'installer où ils veulent ? Cela abouti à des déserts médicaux, ou bien des concentrations de médecins en secteur 2 dans les villes ou quartiers bourgeois ».

La création de maisons de santé pluridisciplinaires est parfois citée comme un moyen d'améliorer l'offre de soin et donc regardée avec un grand intérêt. L'idée que cela ne soit pas systématiquement le même médecin qui suit en permanence l'enfant fait son chemin, à la condition d'avoir l'assurance que l'équipe médicale de la maison ou du centre se coordonne et s'organise pour que le dossier médical soit accessible. Ces maisons de santé offrent également la **possibilité d'avoir un créneau horaire plus large d'horaires d'ouverture**. En effet, la question des horaires de rendez-vous compatibles avec l'organisation des parents, qui souvent travaillent tous les deux, est souvent remontée. Trouver un créneau horaire après 17h30, ou le samedi matin, mais aussi parfois le mercredi après-midi peut s'avérer particulièrement compliqué.

« Il faut créer des maisons de santé où l'on peut venir sans RDV car quand un enfant est malade j'ai déjà le réflexe d'attendre 72 heures avant de m'alarmer, mais quand j'appelle, j'ai besoin d'un RDV dans les 24 heures qui suivent et pas 2 semaines plus tard... Il faut une sorte de service d'urgence, mais non vitale ... En synthèse nous avons besoin : d'un médecin généraliste pour le suivi long terme, d'un dispensaire pour les urgences non vitales (bronchiolite, varicelle, urticaire), d'un service d'urgence pour les urgences vitales (cardiaque, méningites) ».

« D'une manière générale il est très compliqué d'avoir des rendez-vous rapidement, y compris chez un généraliste, il est difficile de devoir poser un jour de congé pour emmener son enfant et trouver un créneau après 17h30, ou le samedi matin, devient impossible ».

« Ouvrir des centres de santé dédiés, ouverts sur des plages horaires larges (tôt le matin, le week-end, samedi et dimanche grâce à un système de garde) ».

« Notre médecin ne travaille pas le mercredi et termine à 17h30 : pas pratique pour des consultations avec des enfants, quand on est à 35 min de route et qu'on travaille ».

« Difficile également de fixer des rdv dentistes, ophtalmo, dermato.... Pas assez de professionnels, des créneaux enfants en pleine journée scolaire (pourquoi refuser les rdv enfants le mercredi ??) ».

« Des médecins disponibles, qui veulent bien travailler plus tard le soir que 17h, ainsi que les mercredis et samedis. J'ai un centre médical à 5min de chez moi, mais je suis obligé d'aller à 20 min de chez moi car les médecins à côté de chez moi veulent faire des horaires de fonctionnaires, même avec un bébé qui avait de la fièvre ».

L'enfant peut aussi avoir besoin que le médecin se déplace à domicile, mais là encore les professionnels qui se rendent au domicile sont de plus en plus rares. Les parents demandent que l'on revalorise ces visites au domicile surtout pour les plus jeunes des enfants.

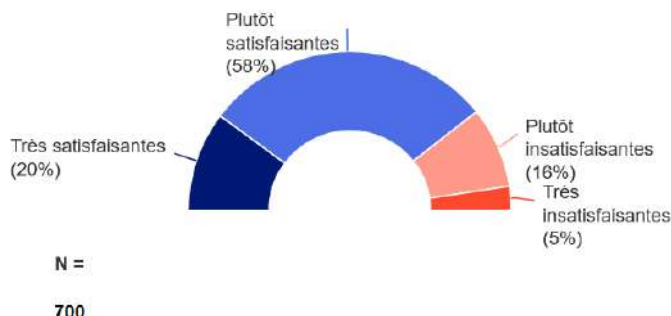
Bref beaucoup de parents précisent qu'ils ne choisissent pas ou plus le médecin pour leur enfant, ils prennent celui qui accepte de les recevoir.

Hospitalisation : une qualité des soins majoritairement reconnue ... mais un déficit assez important quant à la transmission des informations ville/hôpital.



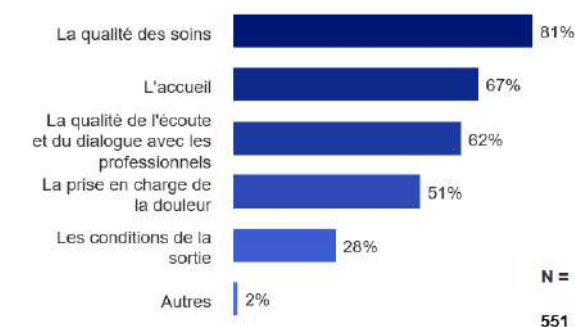
31 % des parents (700) ont indiqué que l'enfant a été hospitalisé au cours des quatre dernières années. Les enfants porteurs d'un handicap et ceux atteints d'une pathologie l'ont été plus que la moyenne des autres enfants (respectivement 62 % et 45 % versus 31 %).

Nous leur avons demandé si les conditions d'hospitalisation avaient été satisfaisantes :



En règle générale, l'hospitalisation s'est bien déroulée, néanmoins les parents d'enfants atteints par une maladie chronique indiquent un taux d'insatisfaction supérieur à la moyenne (27 % versus 21 %).

Les principaux **sujets de satisfaction** portent sur :



Et l'**insatisfaction** :

Votre insatisfaction sur les conditions d'hospitalisation de votre enfant porte sur ... ? (plusieurs réponses possibles)





Hospitalisation : une qualité des soins majoritairement reconnue ... mais un déficit assez important quant à la transmission des informations ville/hôpital.

Ces résultats montrent l'importance de la qualité de la relation et des échanges entre l'enfant, les parents et les équipes hospitalières. Celle-ci est d'une très grande importance pour les parents. Certains parents indiquent que le manque de personnels ou de moyens dans les hôpitaux sont responsables d'une dégradation de la qualité d'écoute et de dialogue avec les équipes hospitalières.

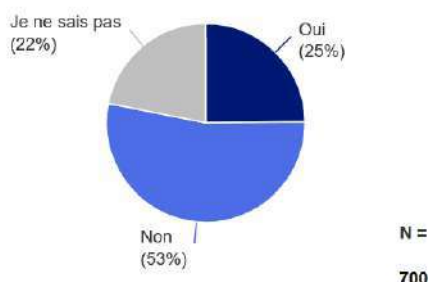
« Plus de moyens pour les hôpitaux en général, mais surtout pédiatriques. Lors des hospitalisations de ma fille, le personnel était clairement débordé. Les soins ont été parfaits, mais l'accompagnant est trop peu considéré. Cela m'a beaucoup surpris. L'attention et l'aide lors de ces hospitalisations sont venues des autres parents, malheureusement habitués à venir à l'hôpital pour leur enfant ».

Les parents d'enfants porteurs d'un handicap sont plus largement satisfaits de la qualité des soins (53% versus 40 %), de la qualité, de l'écoute et du dialogue avec les professionnels (87 % versus 72 %).

Néanmoins, les parents d'enfants porteurs d'un handicap indiquent la nécessité de certaines améliorations organisationnelles :

« Améliorer l'accueil des enfants polyhandicapés dans les hôpitaux : assurer un suivi spécifique lors des examens et des consultations : laisser un temps d'adaptation à ses enfants pour les rassurer. L'hospitalisation doit se faire dans une chambre adaptée aux handicaps. Avoir un accès prioritaire aux soins : ne pas les faire attendre des heures dans des salles d'attente. Faciliter les démarches administratives qui sont redondantes, alors que le patient est connu dans l'hôpital ».

A la question « Avez-vous eu l'impression qu'il y a eu des échanges d'informations facilitant la continuité des soins de votre enfant entre le médecin et l'hôpital ? » les parents répondent que :



Plus de la moitié des parents ayant eu un enfant hospitalisé, indique qu'ils n'ont pas l'impression qu'il y ait eu des échanges d'informations facilitant la continuité des soins de l'enfant entre le médecin traitant et l'hôpital. Il existe donc encore un gros effort à faire sur le champ des échanges entre la médecine de ville et la médecine hospitalière afin d'améliorer la coordination des soins. Notons que 22 % des parents ne savent même pas s'il y a eu un échange d'informations entre ces professionnels, ce qui là encore montre les efforts à faire quant à la transparence de la transmission des informations.

« Coordonner réellement le parcours de soin de l'enfant »

« Plus de lien entre l'hôpital et le médecin traitant ».

« Ce qui est compliqué, c'est que personne ne coordonne les soins (médecins traitants, spécialistes...), l'information n'est pas centralisée. Il faut beaucoup d'énergie, de contacts, de temps pour aller à la pêche aux infos, se former soi-même, suivre les dossiers et rdv.... »

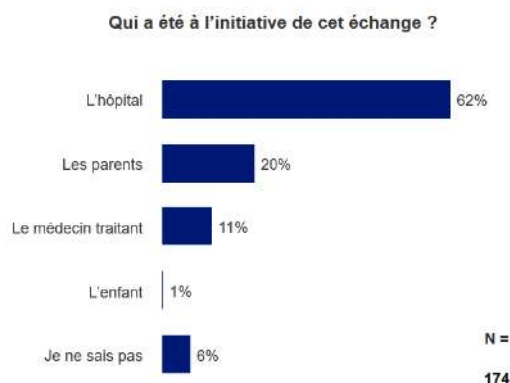
Hospitalisation : une qualité des soins majoritairement reconnue ... mais un déficit assez important quant à la transmission des informations ville/hôpital.



« Une meilleure communication entre médecins de ville, spécialistes, hôpitaux et CHU... pour que l'orientation soit facilitée et pour que le suivi soit plus fluide (le carnet de santé n'est pas toujours là et quoi qu'il en soit, n'est pas toujours rempli/lu par les médecins) ».

« Les parents n'ont pas à coordonner la prise en charge médicale de leurs enfants car ils ne sont pas des professionnels de santé ».

Lorsqu'il y a un échange d'information entre les médecins de ville et l'hôpital, qui en est à l'initiative ?



Dans 20 % des cas, ce sont les parents qui organisent les échanges de données entre l'hôpital et le médecin traitant. Concernant les **enfants atteints d'une maladie chronique**, le pourcentage des parents qui prennent l'initiative d'assurer les échanges d'informations entre le médecin de ville et l'hôpital est bien plus élevé que la moyenne (41 % versus 20 %) alors que la coordination faite par l'hôpital lui-même est moindre (46 % versus 62 %). Sur ce sujet, il n'apparaît pas de différence significative avec la moyenne quand l'enfant est porteur d'un handicap.

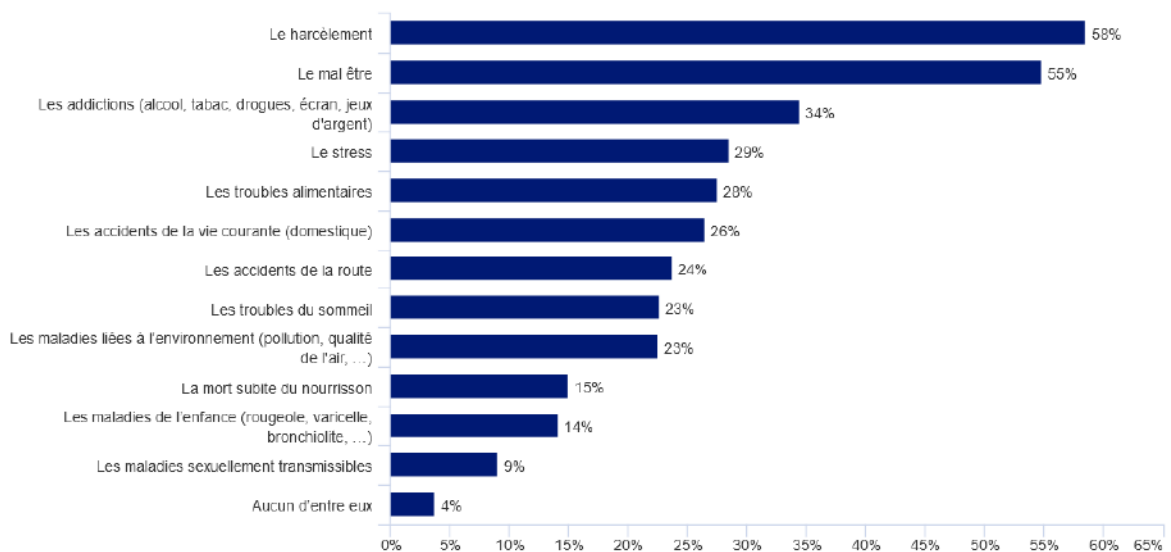
Au-delà de l'hospitalisation, le sujet de la coordination des informations, des rendez-vous et des acteurs est souvent remonté.

« Ma fille est polyhandicapée et épileptique. Je m'aperçois en remplissant ce questionnaire, que parmi tous les spécialistes et médecins qui la suivent, aucun d'entre eux n'a un rôle de « centralisateur ». C'est moi la mère et aidante familiale, qui assure le suivi de différents soins de ma fille et qui "centralise" les avis et résultats des différentes visites. J'organise aussi les RDV et sollicite les spécialistes quand c'est nécessaire ».

Sujets d'inquiétude pour les parents autour de la santé de leurs enfants : la question du harcèlement au cœur de leurs préoccupations.

Nous avons posé la question suivante : Parmi la liste suivante, quels sont au maximum les 4 sujets qui vous inquièteraient le plus pour votre enfant ? (4 réponses possibles maximum). **Nous sommes partis, pour établir cette liste, des inquiétudes qui avaient été exprimées par les parents lors des focus groupes réalisés au cours de notre enquête qualitative du mois de février 2023.**

Parmi la liste suivante quels sont au maximum les 4 sujets qui vous inquièteraient le plus pour votre enfant ? (4 réponses possibles maximum)



Dans le top 5 des sujets d'inquiétude des parents, nous trouvons **le harcèlement** (59 % des répondants et 64 % chez les parents d'enfants porteurs d'un handicap), **le mal-être** (56 % des répondants et 67 % chez les parents d'enfants porteurs d'un handicap) **les addictions** (alcool, tabac, écrans, jeux d'argent) (35 %), **le stress** (29 % chez les répondants et 37 % chez les parents d'enfants porteurs d'un handicap) et **les troubles alimentaires** (28 %).

A noter que l'inquiétude liée à l'environnement (qualité de l'air, pollution...) est plus importante chez les parents d'enfants ayant une maladie chronique (34 % versus 23 %), ainsi que le mal-être (61 % versus 56 %).



Sujets d'inquiétude pour les parents autour de la santé de leurs enfants : la question du harcèlement au cœur de leurs préoccupations.

Cette répartition n'est bien entendu, pas la même selon l'âge de l'enfant :

Age	0 à moins de 3ans (520 enfants)	3-6 ans (519 enfants)	7-10 ans (435 enfants)	11-13 ans (275 enfants)	14-17 ans (520 enfants)
6 premiers sujets d'inquiétude pour les parents	1- Harcèlement (49%) 2- La mort subite du nourrisson (44%) 3- Les accidents de la vie courante (35%) 4- Les maladies de l'enfance (35%) 5- Le mal être (34%) 6- Les troubles alimentaires (32%)	1- Harcèlement (60%) 2- Le mal être (56%) 3- Les accidents de la vie courante (36%) 4- Les maladies liées à l'environnement (28%) 5- Les troubles alimentaires (28%) 6- stress (24%)	1- Harcèlement (70%) 2- Le mal être (61%) 3- stress (34%) 4- Addictions (alcool, tabac, drogues, jeux d'argent, écrans) (32%) 5- Les troubles alimentaires (26%) 6- Les maladies liées à l'environnement (26%)	1- Harcèlement (67%) 2- Le mal être (66%) 3- Addictions (alcool, tabac, drogues, jeux d'argent, écrans) (47%) 4- stress (45%) 5- Les troubles alimentaires (29%) 6- Accidents de la route) (20%)	1- Mal être (63%) 2- Addictions (alcool, tabac, drogues, jeux d'argent, écrans) (57%) 3- Harcèlement (53%) 4- stress (37%) 5- Accidents de la route) (35%) 6- Maladies sexuellement transmissibles (25%)

On retrouve les items « Mal-être » et « Harcèlement » dans toutes les catégories d'âge, y compris chez les parents des tout-petits (pour les plus petits, les parents se sont sans doute projetés, c'est pourquoi on retrouve le harcèlement en première préoccupation). On peut émettre l'hypothèse pour l'item « mal-être » que **la période Covid a exacerbé la crainte des parents que leur enfant se sente mal psychologiquement**. Le sujet des troubles alimentaires est également une inquiétude pour les parents tout au long de l'enfance. Les maladies liées à l'environnement sont une préoccupation importante pour les parents d'enfants de 3 à 10 ans.

Les sujets liés à la sécurité des enfants (prévention des accidents de la vie courante, mort subite du nourrisson) sont une préoccupation majeure pour les parents de très jeunes enfants.

Pour les 7-17 ans, les quatre sujets d'inquiétude que l'on retrouve aux quatre premières places sont le harcèlement, le mal-être, le stress et les addictions (pris dans le sens large puisqu'on a intégré également les jeux d'argent et les écrans). Notons que c'est sur la période des 7-13 ans que les pourcentages d'inquiétude des parents sont les plus massifs, alors même, nous semble-t-il, que ce sont les catégories d'âge qui font un peu moins l'objet de recherche par rapport à la petite enfance et à l'adolescence.

<https://www.unaf.fr/ressources/accidents-vie-courante-chez-mineurs-moins-15-ans-quelle-perception-des-risques-chez-parents/>

Notons cependant qu'en 2022, puis tous les deux à trois ans, une première étude nationale sur le bien-être des enfants de 3 à 11 ans (Enabee) est menée par Santé publique France, en lien avec le ministère de l'Éducation nationale. <https://enabee.fr/>

Il existe également l'enquête ELFE pilotée par l'Institut national d'études démographiques (Ined) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), en partenariat avec l'Établissement Français du Sang (EFS), l'étude Elfe est soutenue par un ensemble de ministères et d'institutions publiques. C'est une étude longitudinale française d'envergure nationale consacrée au suivi des enfants (18 000 enfants nés en 2011 suivi sur 20 ans), qui aborde les multiples aspects de leur vie sous l'angle des sciences sociales, de la santé et de l'environnement. <https://www.elfe-france.fr/>

Sujets d'inquiétude pour les parents autour de la santé de leurs enfants : la question du harcèlement au cœur de leurs préoccupations.



Cette répartition n'est bien entendu, pas la même selon l'âge de l'enfant :

Age	0 à moins de 3ans (520 enfants)	3-6 ans (519 enfants)	7-10 ans (435 enfants)	11-13 ans (275 enfants)	14-17 ans (520 enfants)
6 premiers sujets d'inquiétude pour les parents	1- Harcèlement (49%) 2- La mort subite du nourrisson (44%) 3- Les accidents de la vie courante (35%) 4- Les maladies de l'enfance (35%) 5- Le mal être (34%) 6- Les troubles alimentaires (32%)	1- Harcèlement (60%) 2- Le mal être (56%) 3 Les accidents de la vie courante (36%) 4- Les maladies liées à l'environnement (28%) 5-Les troubles alimentaires (28%) 6-stress (24%)	1- Harcèlement (70%) 2- Le mal être (61%) 3 stress (34%) 4- Addictions (alcool, tabac, drogues, jeux d'argent, écrans) (32%) 5- Les troubles alimentaires (26%) 6- Les maladies liées à l'environnement (26%)	1- Harcèlement (67%) 2- Le mal être (66%) 3- Addictions (alcool, tabac, drogues, jeux d'argent, écrans) (47%) 4- stress (45%) 5- Les troubles alimentaires (29%) 6-Accidents de la route) (20%)	1-Mal être (63%) 2- Addictions (alcool, tabac, drogues, jeux d'argent, écrans) (57%) 3- Harcèlement (53%) 4- stress (37%) 5- Accidents de la route) (35%) 6-Maladies sexuellement transmissibles (25%)

On retrouve les items « Mal-être » et « Harcèlement » dans toutes les catégories d'âge, y compris chez les parents des tout-petits (pour les plus petits, les parents se sont sans doute projetés, c'est pourquoi on retrouve le harcèlement en première préoccupation). On peut émettre l'hypothèse pour l'item « mal-être » que la période Covid a exacerbé la crainte des parents que leur enfant se sente mal psychologiquement. Le sujet des troubles alimentaires est également une inquiétude pour les parents tout au long de l'enfance. Les maladies liées à l'environnement sont une préoccupation importante pour les parents d'enfants de 3 à 10 ans.

Les sujets liés à la sécurité des enfants (prévention des accidents de la vie courante, mort subite du nourrisson) sont une préoccupation majeure pour les parents de très jeunes enfants.

Pour les 7-17 ans, les quatre sujets d'inquiétude que l'on retrouve aux quatre premières places sont le harcèlement, le mal-être, le stress et les addictions (pris dans le sens large puisqu'on a intégré également les jeux d'argent et les écrans). Notons que c'est sur la période des 7-13 ans que les pourcentages d'inquiétude des parents sont les plus massifs, alors même, nous semble-t-il, que ce sont les catégories d'âge qui font un peu moins l'objet de recherche par rapport à la petite enfance et à l'adolescence.

Ainsi, tout ce qui a trait à la santé mentale des enfants est globalement le sujet de préoccupation prioritaire des parents.

<https://www.unaf.fr/ressources/accidents-vie-courante-chez-mineurs-moins-15-ans-quelle-perception-des-risques-chez-parents/>

Notons cependant qu'en 2022, puis tous les deux à trois ans, une première étude nationale sur le bien-être des enfants de 3 à 11 ans (Enabee) est menée par Santé publique France, en lien avec le ministère de l'Éducation nationale. <https://enabee.fr/>

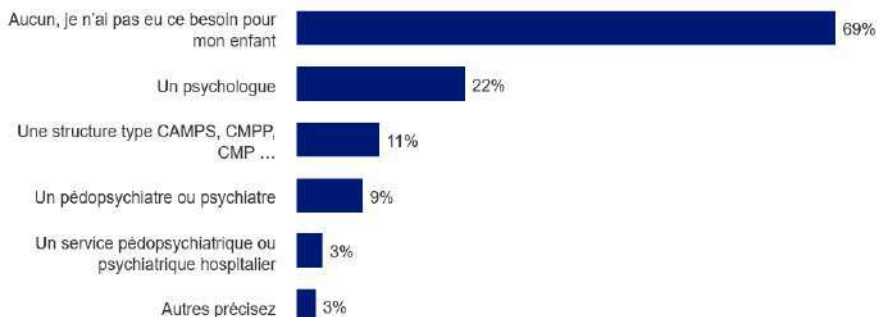
Il existe également l'enquête ELFE pilotée par l'Institut national d'études démographiques (Ined) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), en partenariat avec l'Établissement Français du Sang (EFS), l'étude Elfe est soutenue par un ensemble de ministères et d'institutions publiques. C'est une étude longitudinale française d'envergure nationale consacrée au suivi des enfants (18 000 enfants nés en 2011 suivi sur 20 ans), qui aborde les multiples aspects de leur vie sous l'angle des sciences sociales, de la santé et de l'environnement. <https://www.elfe-france.fr/>

Santé mentale : lorsque l'enfant a un besoin, de nombreuses difficultés dans le parcours et un déficit dans l'accompagnement et l'orientation des parents et des enfants.



Nous avons ensuite voulu connaître le ressenti des parents sur le parcours santé mentale de leurs enfants.

Avez-vous eu besoin de faire appel aux professionnels ou structures suivants pour un problème de santé mentale de votre enfant ? (plusieurs réponses possibles)



713 parents ont indiqué qu'ils avaient eu besoin d'avoir accès à une structure, ou un professionnel du champ de la santé mentale.

Les enfants porteurs d'un handicap ont un besoin supérieur (31 % pour un pédopsychiatre versus 9 %, 41 % versus 22 % pour un psychologue, 43 % versus 11 % pour l'accès à une structure (CAMPS, CMPP,...), 15 % versus 3 % pour un service pédopsychiatrique ou psychiatrique hospitalier).

Il en est de même pour des enfants atteints d'une maladie chronique, mais dans une moindre mesure (17 % pour un pédopsychiatre versus 9 %, 36 % versus 22 % pour un psychologue, 20 % versus 11 % pour l'accès à une structure (CAMPS, CMPP, ...), 12 % versus 3% pour un service pédopsychiatrique ou psychiatrique hospitalier).

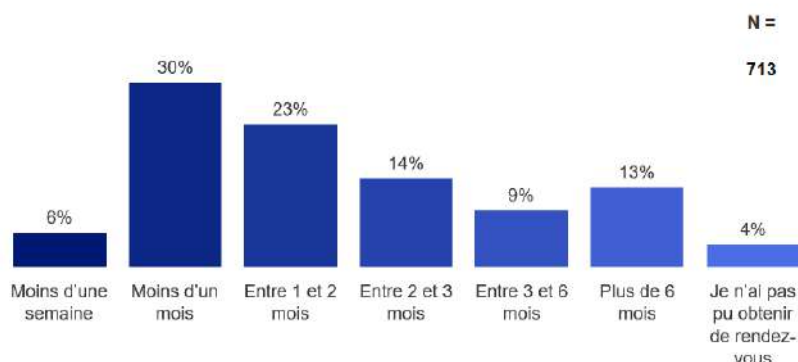
Le manque criant de pédopsychiatres, de neuropédiatres et de psychologues est signalé. La difficulté d'avoir un rendez-vous dans certaines structures de type centres médico-psychologiques (CMP), centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), ou encore centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) est pointée. De nombreux parents rejoignent l'une des recommandations de la Défenseure des droits, en souhaitant l'augmentation de CMPP et de CMP et une meilleure accessibilité aux professionnels s'occupant de la santé mentale de leurs enfants.

« L'accès aux spécialistes des troubles des apprentissages, TDAH et autres problématiques du neurodéveloppement est un parcours du combattant, avec des délais non acceptables. Après le diagnostic (des années plus tard), les parents sont laissés à eux-mêmes...sans parler du coût pour amorcer par nous-mêmes, aidés du médecin traitant, des séances d'ergothérapie, de psychologues, neuropsychologues et pédopsychiatres en ville, pour tenter de prendre en soin notre enfant du mieux que nous pouvons. En CMP pour enfant, ce n'est pas la peine, on reçoit comme réponse : votre enfant est "moins pire" que les autres, donc continuez en ville son suivi ».

Santé mentale : lorsque l'enfant a un besoin, de nombreuses difficultés dans le parcours et un déficit dans l'accompagnement et l'orientation des parents et des enfants.



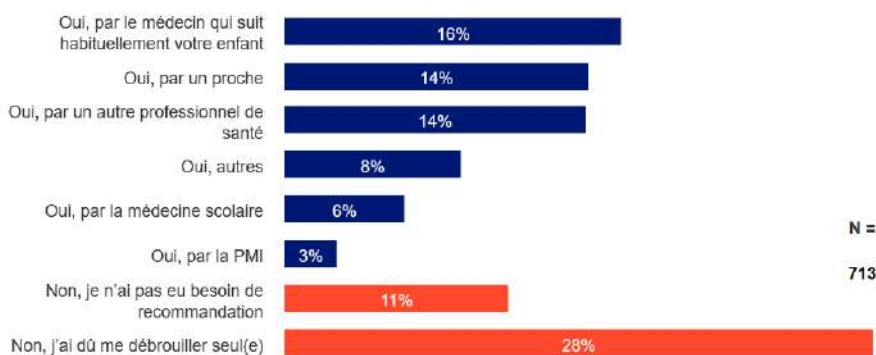
Dans quel délai avez-vous pu obtenir un premier rendez-vous pour ce problème de santé mentale de votre enfant ?



Les délais pour obtenir ne serait-ce qu'un simple rendez-vous, peuvent être de plusieurs mois, alors que certaines situations (test, dépistage, suivi, accompagnement) nécessiteraient une réponse rapide. Cette difficulté touche aussi les structures d'accueil de jour, ou dans les services hospitaliers en pédopsychiatrie. Tout ceci aboutit à un retard dans le dépistage et la prise en charge des enfants, ce qui peut nuire à leur équilibre, leur insertion sociale et leur parcours scolaire. A noter que les parents d'enfants porteurs d'un handicap déclarent des délais plus longs pour obtenir un rendez-vous (13 % versus 9 % pour un délai de 3 à 6 mois, mais surtout 27 % versus 13 % pour un délai de plus de 6 mois...).

« Les délais d'attente dans les structures tels que CMPP ou CAMSP sont juste aberrant car la prise en charge précoce de ces pathologies sont primordiales pour leur autonomie future et leur bon développement ».

Ce(s) professionnel(s) ou structures vous ont-ils été recommandés et par qui ... ?



Santé mentale : lorsque l'enfant a un besoin, de nombreuses difficultés dans le parcours et un déficit dans l'accompagnement et l'orientation des parents et des enfants.



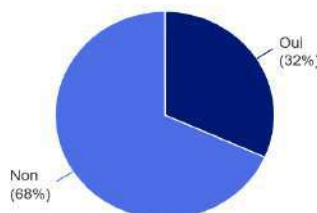
Les parents demandent une simplification des parcours. Beaucoup indiquent qu'ils **ont dû se débrouiller seuls** pour que leur enfant bénéficie d'un suivi, ce qui est particulièrement stressant et chronophage.

« Un accès plus simplifié au professionnel comme les orthophonistes. Nos 2 enfants ont des troubles de l'apprentissage. Comment savoir vers qui se tourner pour mettre en place PAP, PPRE... Etc. quand il n'y a plus de médecin scolaire dans le Cantal ? »

« De moins en moins de spécialistes pour une population toujours plus nombreuse crée un parcours de santé en dents de scie, compliqué et anxiogène ».

Une fois le dépistage effectué, la qualité de l'accompagnement est parfois dégradée, **les parents préconisent que les professionnels non spécialistes** (y compris médecine scolaire et équipe pédagogique) **reçoivent également une formation quant à l'accompagnement des enfants dys, TDAH...** Ils souhaitent aussi que les **médecins, aient une meilleure connaissance de l'offre et de l'organisation de la santé mentale et de la pédopsychiatrie sur leur territoire.** La possibilité de pouvoir bénéficier d'un soutien dans ces parcours est demandé par certains parents.

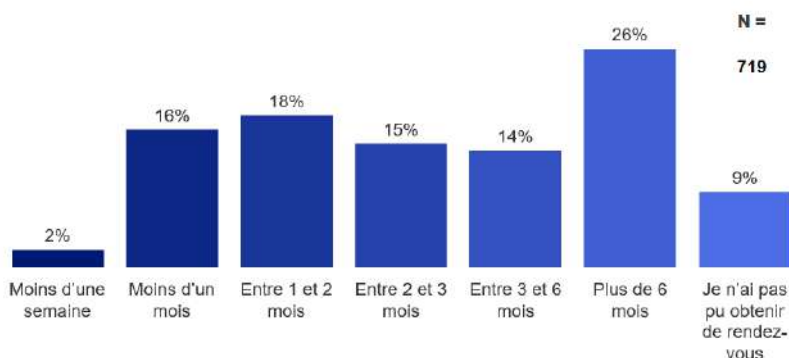
Avez-vous eu besoin de faire appel pour votre enfant à un professionnel concernant un trouble du langage et/ou des apprentissages (Dys, etc) (orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute, orthoptiste...) ?



32 % des parents (719), ont déclaré avoir eu besoin d'un orthophoniste, d'un ergothérapeute, d'un psychomotricien, d'un orthoptiste, etc. (83 % chez les parents d'enfants porteurs d'un handicap).

Dans ce cas, la difficulté et le **délai pour obtenir un rendez-vous sont encore plus importants :**

Dans quel délai avez-vous pu obtenir un premier rendez-vous ?



Santé mentale : lorsque l'enfant a un besoin, de nombreuses difficultés dans le parcours et un déficit dans l'accompagnement et l'orientation des parents et des enfants.



Ainsi, 99 parents ont mis de 3 à 6 mois pour obtenir un rendez-vous avec l'un de ces professionnels, 186 parents déclarent avoir mis plus de 6 mois et pire encore, 65 indiquent ne pas avoir obtenu de rendez-vous. Ces chiffres interrogent fortement, alors que certaines de ces prises en soins nécessiteraient la mise en place d'un **dépistage, ou d'un accompagnement rapide**, afin que l'enfant **ne subisse pas une dégradation de sa santé mentale, ou une perte de chance dans sa scolarité**.

L'accompagnement et l'orientation dans ce parcours est aussi dégradé.

« Faciliter l'accès aux professionnels de santé (médecins ou autres) et avoir plus facilement accès aux parcours d'accompagnements de type psychologue, ergothérapie, pédopsychiatre... Pouvoir bénéficier d'un soutien similaire à celui des PMI après 6 ans pour nous aider dans la coordination des parcours de soin ».



Là encore, le sentiment pour les parents d'enfants concernés (262), d'être seuls pour gérer ce parcours est très conséquent.

Le **coût et le remboursement des tests de dépistage**, mais aussi des prises en charge de certains professionnels comme les psychomotriciens, les ergothérapeutes, les neuropsychologues, les psychologues etc. sont aussi interrogés (concernant les psychologues, les parents soulignent la difficulté d'en trouver et précisent que certains psychologues ne veulent pas rentrer dans des dispositifs du type MonParcoursPsy mis en place par l'assurance maladie).

« Les consultations chez les spécialistes pour les enfants ayant un handicap doivent être remboursées : psychomotricienne, ergothérapeute... »

« C'est inadmissible que la prise en charge des psychologues ne soient pas à 100 % ».

Santé mentale : lorsque l'enfant a un besoin, de nombreuses difficultés dans le parcours et un déficit dans l'accompagnement et l'orientation des parents et des enfants.



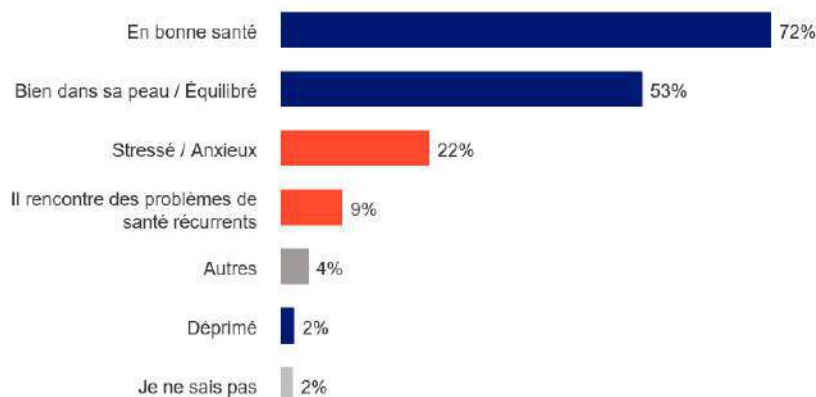
Focus sur le rôle de l'école

Le Gouvernement, dans le cadre de la Conférence nationale du handicap 2023 a proposé d'autoriser et de créer les conditions pour permettre la coopération et l'intervention des professionnels de santé directement dans les murs de l'école (ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes, psychologues, etc.) à échéance 2023-2027. Cette orientation rejoint la demande de nombreux parents, il sera essentiel d'être attentif aux conditions de mise en œuvre pour l'ensemble des établissements.

Par ailleurs, la même Conférence prévoit qu'un grand plan de formation sera initié dès la rentrée prochaine et déployé dans chaque académie à la rentrée scolaire 2024, pour permettre aux équipes pédagogiques de mieux jouer leur rôle dans l'accompagnement des enfants et l'adaptation de la pédagogie. Là encore, cette orientation correspond à l'attente des parents d'enfants porteurs d'un handicap ou d'un trouble mais, la question de son application à toutes les équipes pédagogiques et sur tous les territoires se pose.

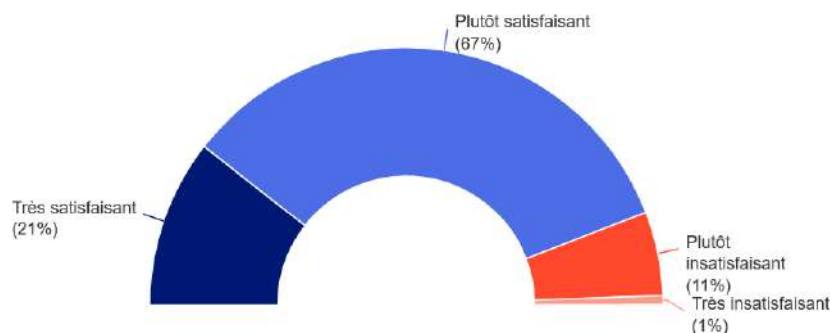
Sentiment des parents concernant l'état de santé actuel de leur enfant.

Selon vous, comment votre enfant est actuellement ... ? (plusieurs réponses possibles)



Les enfants atteints d'une maladie chronique paraissent aux parents plus anxieux/stressés que la moyenne (28 % versus 22 %) et déprimés (7 % versus 2 %), il en est de même pour les enfants porteurs d'un handicap (stressés 43 % versus 22 %) voir déprimés (8 % versus 2 %).

Globalement, diriez-vous que le suivi de la santé de votre enfant est ... ?

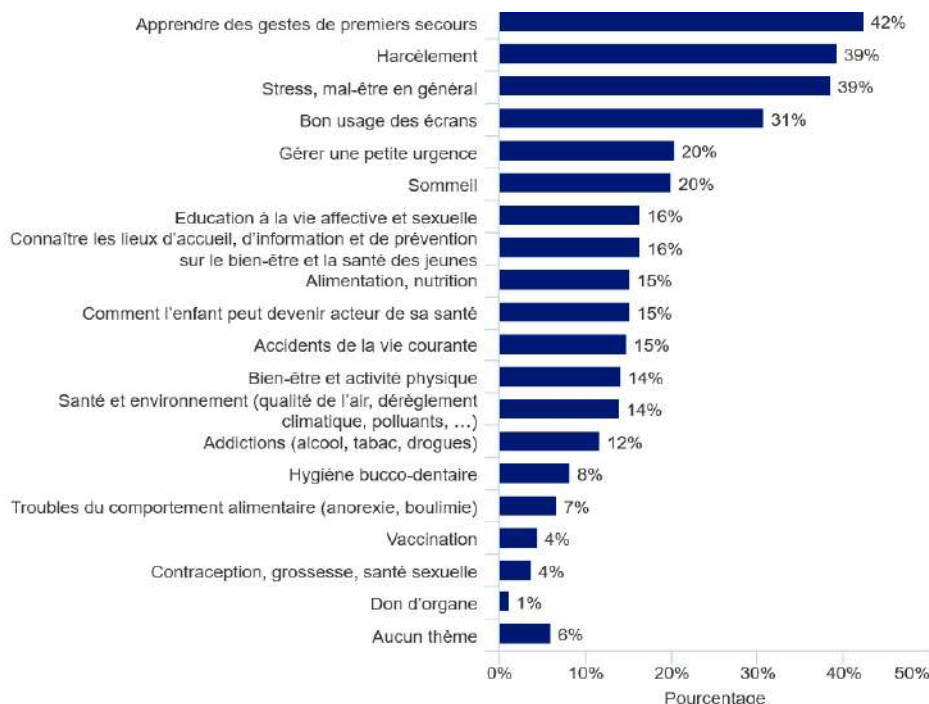




Prévention : l'importance, pour les parents, que la prévention soit au cœur des parcours de santé des enfants.

Dans le cadre d'actions de prévention, quels sont les **4 thèmes** sur lesquels vous aimeriez recevoir prioritairement une **information pour vous**, en tant que parent ? (4 réponses possibles maximum)

Global : effectif 2269 enfants



Age	0 à moins de 3ans (520 enfants)	3-6 ans (519 enfants)	7-10 ans (435 enfants)	11-13 ans (275 enfants)	14-17 ans (520 enfants)
6 premiers Thèmes d'information que les parents aimeraient recevoir en tant que parents	1-Apprendre des gestes de premiers secours (60%) 2- Gérer une petite urgence (36%) 3- Harcèlement (34%) 4-accidents de la vie courante (29%) 5- Sommeil (28%) 6-Stress /mal être (24%)	1-Apprendre des gestes de premiers secours (49%) 2- Harcèlement (45%) 3- Stress/ mal être (37%) 4- Bon usage des écrans (26%) 5-Gérer une petite urgence (25%) 6-Sommeil (25%)	1- Harcèlement (51%) 2- Stress/ mal être (45%) 3- Bon usage des écrans (38%) 4- Apprendre des gestes de premiers secours (34%) 5- Education à la vie affective et sexuelle (18%) 6- Connaître les lieux d'accueil, d'information... (18%)	1-stress/mal être (47%) 2- Bon usage des écrans (45%) 3- Harcèlement (42%) 4-Education à la vie affective et sexuelle (32%) 5- apprendre des gestes de premiers secours (29%) 6- Addictions (alcool, tabac, drogues) (19%)	1-stress/mal être (46%) 2- apprendre des gestes de premiers secours (31%) 3- Bon usage des écrans (29%) 4- Harcèlement (28%) 5-Education à la vie affective et sexuelle (24%) 6- Addictions (alcool, tabac, drogues) (23%)



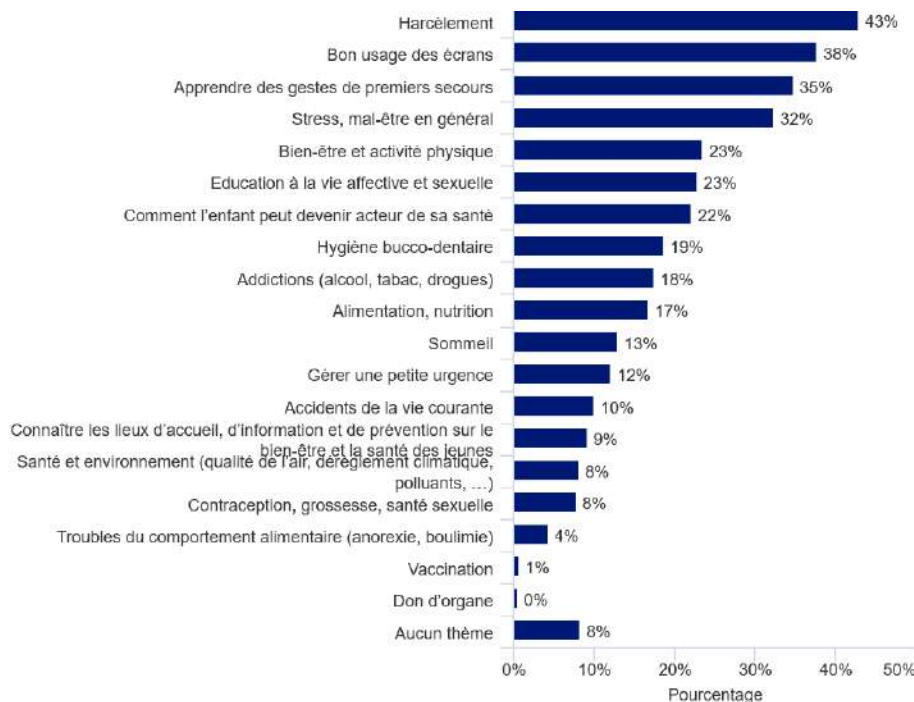
Prévention : l'importance, pour les parents, que la prévention soit au cœur des parcours de santé des enfants.

Les parents souhaitent recevoir pour eux, des messages de prévention et de promotion de la santé sur des sujets larges et adaptés à chaque tranche d'âge. Tous les grands sujets pouvant être en relation avec la santé mentale, sont également attendus comme le harcèlement, le bon usage des écrans, la gestion du stress et de l'anxiété... (nous faisons l'hypothèse que la période du Covid a exacerbé l'inquiétude des parents sur ces sujets de santé mentale) mais aussi des informations à destination des jeunes sur l'évolution du corps, les rapports amoureux, la sexualité...

Quand l'enfant est petit, on notera ainsi la demande plus spécifique des parents de recevoir des informations de prévention, visant à les rassurer et à leur donner les capacités à gérer les urgences (petites ou importantes), ou concernant la sécurité du jeune enfant (prévention des accidents de la vie courante). Les parents souhaitent également recevoir des informations leur permettant d'éduquer leurs enfants sur des sujets comme l'hygiène-bucco-dentaire.

Pour les parents d'enfants plus âgés, les questions liées au harcèlement (dans une moindre mesure pour les 14-17 ans), à la gestion du stress ou des écrans et la prévention des addictions (pour la période des 11-17 ans) sont importantes.

Toujours dans le cadre d'actions de prévention, quels sont les 4 thèmes sur lesquels vous souhaiteriez **que votre enfant** reçoive prioritairement une information ? (4 réponses possibles maximum)





Prévention : l'importance, pour les parents, que la prévention soit au cœur des parcours de santé des enfants.

Age	0 à moins de 3ans	3-6 ans	7-10 ans	11-13 ans	14-17 ans
6 premiers thèmes d'information/prévention que les parents aimeraient que leurs enfants reçoivent	1- Harcèlement (42%) 2-Apprendre des gestes de premiers secours (32%) 3- Bon usage des écrans (28%) 4- Bien-être et activité physique (24%) 4-Stress/ mal être (24%) 6- Hygiène bucco-dentaire (20%)	1- Harcèlement (48%) 2- - Bon usage des écrans (40%) 3-Apprendre des gestes de premiers secours (31%) 4- - Hygiène bucco-dentaire (31%) 5- Bien-être et activité physique (28%) 6- Stress/ mal être (77%)	1- Harcèlement (55%) 2- Bon usage des écrans (47%) 3-Apprendre des gestes de premiers secours (41%) 4- Stress/ mal être (36%) 5- Comment l'enfant peut il devenir acteur de sa santé (25%) 6- Hygiène bucco-dentaire (23%)	1- Harcèlement (47%) 2- Bon usage des écrans (42%) 3-stress/mal être (41%) 4-Education à la vie affective et sexuelle (36%) 5- -Apprendre des gestes de premiers secours (35%) 6- Addictions (alcool, tabac, drogues) (23%)	1-stress/mal être (38%) 2- Bon usage des écrans (36%) 3- Addictions (alcool, tabac, drogues) (35%) 4-Education à la vie affective et sexuelle (34%) 5- apprendre des gestes de premiers secours (33%) 6-Harcèlement (27%)

Les informations ou actions de prévention que les parents souhaiteraient voir effectuer auprès de leurs enfants tournent essentiellement autour du bien-être de l'enfant et de sa santé mentale, le sujet du harcèlement, de la gestion du stress et de l'utilisation des écrans sont prioritaires avec une hiérarchisation différente selon l'âge des enfants.

Remarquons que pour les parents la période des 7-10 ans est opportune pour apprendre à leur enfant à devenir acteur de leur propre santé. Pour les plus grands, il est nécessaire que leurs enfants reçoivent des informations sur l'évolution du corps, les rapports amoureux, la sexualité...Sujets qui sont parfois difficiles à aborder par les parents eux-mêmes. La possibilité de leur apprendre les gestes de premiers secours se retrouve à tous les âges de l'enfant.

Le ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse a annoncé en avril et juin 2023 sa volonté de voir plan de prévention du harcèlement (pHARe) à destination des écoles, des collèges et de tous les lycées à partir de la rentrée 2023. Par ailleurs, tous les personnels devront être formés à la lutte contre le harcèlement scolaire, à commencer par la formation systémique des professeurs stagiaires. Développement d'une communication autour des numéros d'urgence 3018 « Net écoute » sur le cyberharcèlement : et 3020 : « non au harcèlement » à destination des jeunes.

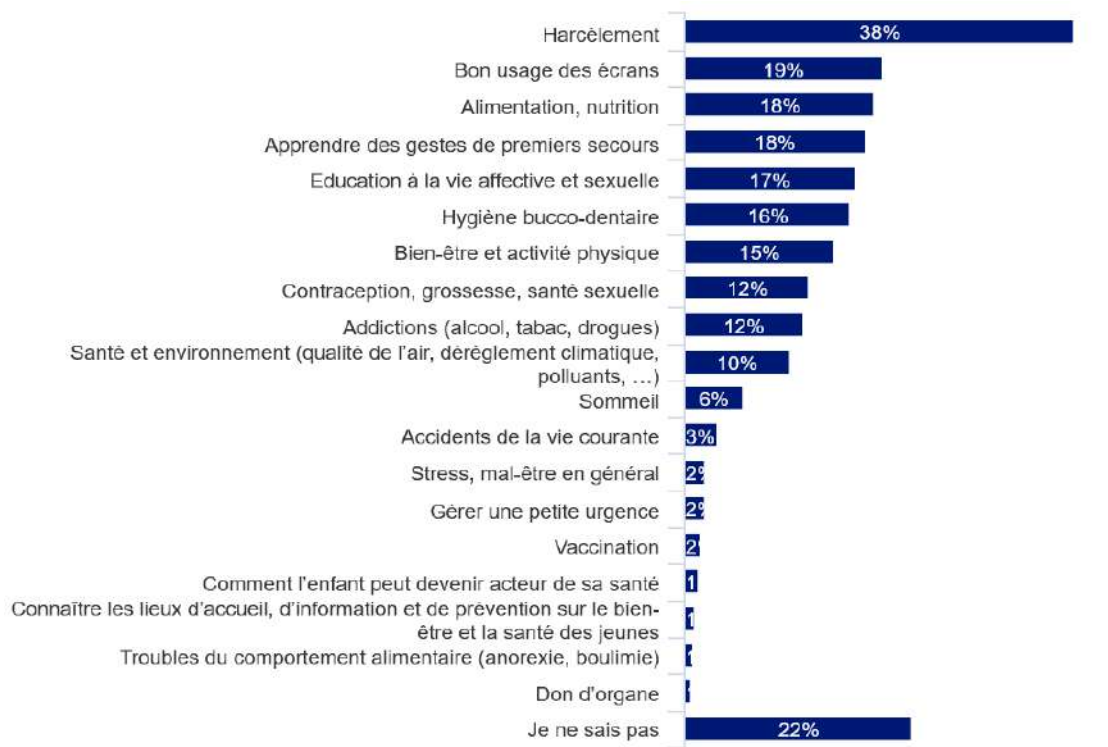
LOI n° 2022-299 du 2 mars 2022 visant à combattre le harcèlement scolaire a été promulguée elle intègre dans le code de l'éducation un article L.111-6 qui précise que *Les établissements d'enseignement scolaire et supérieur publics et privés ainsi que le réseau des œuvres universitaires prennent les mesures appropriées visant à lutter contre le harcèlement dans le cadre scolaire et universitaire. Ces mesures visent notamment à prévenir l'apparition de situations de harcèlement, à favoriser leur détection par la communauté éducative afin d'y apporter une réponse rapide et coordonnée et à orienter les victimes, les témoins et les auteurs, le cas échéant, vers les services appropriés et les associations susceptibles de leur proposer un accompagnement.*

Une information sur les risques liés au harcèlement scolaire, notamment au cyberharcèlement, est délivrée chaque année aux élèves et parents d'élèves.



Prévention : l'importance, pour les parents, que la prévention soit au cœur des parcours de santé des enfants.

Au sein de leur **établissement scolaire**, sur quels sujets votre enfant **a-t-il déjà reçu des informations** ? (plusieurs réponses possibles). *Ensemble* :



Prévention : l'importance, pour les parents, que la prévention soit au cœur des parcours de santé des enfants.



AGE	6 premiers Thèmes	Prévention réalisée par :
3-6 ans	1. L'hygiène bucco dentaire (23%), 2. L'alimentation/nutrition (20%), 3. Bien être et activité physique (14%), 4. Harcèlement (13%) 5. Santé et environnement 6. Bon usage des écrans (8%)	55% par les enseignants, 26% médecine/santé scolaire, Prof de santé extérieurs à l'établissement (23%) , Associations spécialisées extérieures à l'établissement (11%), Gendarmerie/police (8%), Associations de pairs/jeunes (4%), Autres (9%) NSP (15%)
7-10 ans	1. Harcèlement (28%) 2. Alimentation/nutrition (26%) 3. Hygiène bucco-dentaire (25%) 4. Bien être activité physique (19%) 5. Bon usage des écrans (18%) 6. Santé et environnement	62% par les enseignants, 23% médecine/santé scolaire, Prof de santé extérieurs à l'établissement (17%), Associations spécialisées extérieures à l'établissement (13%), Gendarmerie/police (9%), Associations de pairs/jeunes (6%), Autres (4%) NSP (11%)
11-13 ans	1. Harcèlement (55%) 2. Bon usage des écrans (24%) 3. Education à la vie affective et sexuelle (21%) 4. Alimentation/nutrition (17%) 5. Apprendre les gestes de premiers secours (16%) 6. Bien être et activité physique (15%)	47% par les enseignants, 37% Médecine /santé scolaire, Prof de santé extérieurs à l'établissement (23%) , Gendarmerie/police (22%), Associations spécialisées extérieures à l'établissement (20%), Associations de pairs/jeunes (8%), Autres (3%) NSP (13%)
14-17 ans	1. Harcèlement (42%) 2. Education sexuelle et affective (29%) 3. Apprendre les gestes de premiers secours (29%) 4. Contraception, grossesse, santé sexuelle (27%) 5. Addictions tabac, alcool, drogues (21%) 6. Bon usage des écrans (21%)	38% par les enseignants, 32% Médecine /santé scolaire, gendarmerie/police (29%), Prof de santé extérieurs à l'établissement (29%), Associations spécialisées extérieures à l'établissement (26%), Associations de pairs/jeunes (11%), Autres (2%) NSP (17%)

22 % des parents déclarent ne pas pouvoir répondre à cette question, ne sachant pas réellement quelles informations reçoivent leurs enfants à l'école.



Prévention : l'importance, pour les parents, que la prévention soit au cœur des parcours de santé des enfants.

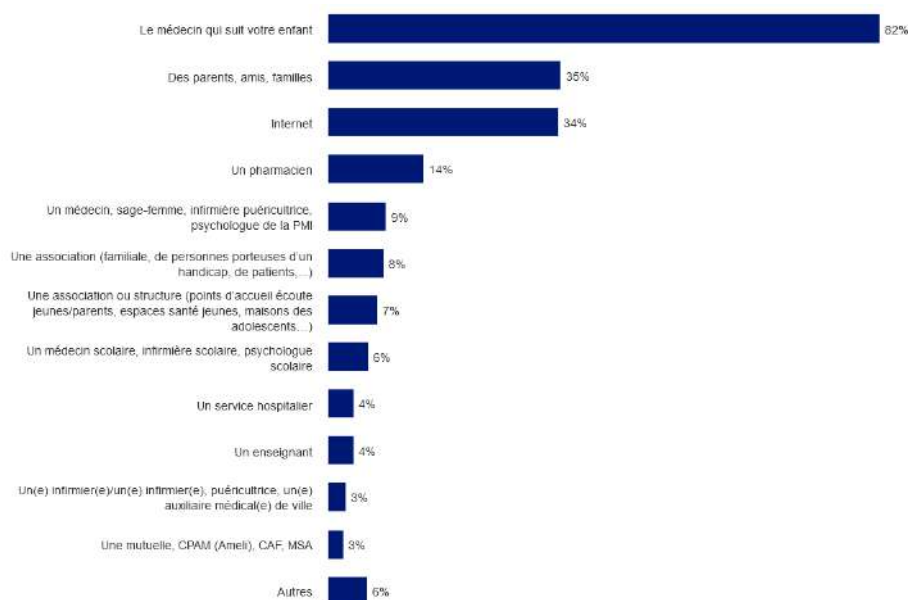
Le rôle de l'équipe pédagogique sur la thématique de la prévention et de la promotion de la santé est donc essentiel, car les enseignants en particulier sont les principaux acteurs dans la diffusion des messages de prévention auprès de leurs élèves d'où l'importance de les former, afin qu'ils puissent remplir ce rôle. Toutes ces actions s'inscrivent dans le mouvement de « l'école promotrice de la santé » et de la mise en place d'un parcours de santé éducatif pour chaque élève.

Beaucoup de parents demandent d'ailleurs que la santé scolaire soit revalorisée, avec plus de moyens notamment en médecins, infirmières et psychologues. Ils souhaitent également que d'autres professionnels puissent intervenir au sein des établissements pour repérer en particulier les éventuels troubles du comportement.

Les établissements scolaires doivent continuer à s'ouvrir à des intervenants extérieurs (professionnels de santé, associations, police/gendarmerie) etc. car cela permet d'élargir la manière d'aborder ces sujets.

Nous regrettons cependant que l'action des pairs ne soit pas plus sollicitée alors même que de nombreuses enquêtes montrent l'intérêt et l'efficacité des messages de prévention et de promotion en santé diffusés par des jeunes pour les jeunes (ambassadeurs de santé, service sanitaire, etc.) . Il faut inciter et valoriser cet engagement.

D'une manière générale, vers quelle(s) personne(s) ou quelle(s) structure(s) vous tournez-vous pour avoir des informations sur la prévention en matière de santé de votre enfant ? (plusieurs réponses possibles)



Le parcours éducatif de santé prépare les élèves à prendre soin d'eux-mêmes et des autres, à devenir des citoyens responsables en matière de santé individuelle et collective. Le nouveau paradigme, l'École promotrice de santé, consolide à l'échelle des territoires et par une approche pluridisciplinaire, l'articulation de l'ensemble des éducations transversales et des actions en matière de promotion de la santé au sein du projet d'école, d'établissement, ou de réseaux d'écoles et d'établissements ; sa démarche, positive et dynamique, vise à renforcer les attitudes favorables à la santé par les activités pédagogiques et éducatives qui s'inscrivent dans le cadre des programmes d'enseignement, du socle commun de connaissances, de compétences et de culture, et des éducations transversales. Source : <https://www.education.gouv.fr/le-parcours-educatif-de-sante-11786> et https://www.education.gouv.fr/bo/16/Hebdo5/MENE1601852C.htm?cid_bo=97990

Sur ce sujet lire le rapport très intéressant élaboré dans le cadre de la mission confiée à Pauline Martinot et Audie Nyadanu « Pour une culture de la promotion de la santé chez les jeunes en France » 2021.



Prévention : l'importance, pour les parents, que la prévention soit au cœur des parcours de santé des enfants.

Le médecin qui suit l'enfant est le principal acteur de la diffusion des messages et informations de prévention pour l'enfant. Il a donc un rôle majeur à jouer en ce domaine.

La famille et les amis jouent également un rôle non négligeable. Ceci rejoint d'ailleurs un constat que nous avons pu faire lors d'une précédente enquête auprès des parents, indiquant que le médecin traitant, le pharmacien et les parents/proches étaient les principales personnes vers qui les parents se tournaient pour avoir des informations sur la prévention en santé.

Internet joue par ailleurs un rôle de plus en plus important pour les parents quant à la diffusion de messages et de conseils à leur destination, mais tous n'utilisent pas ces outils.

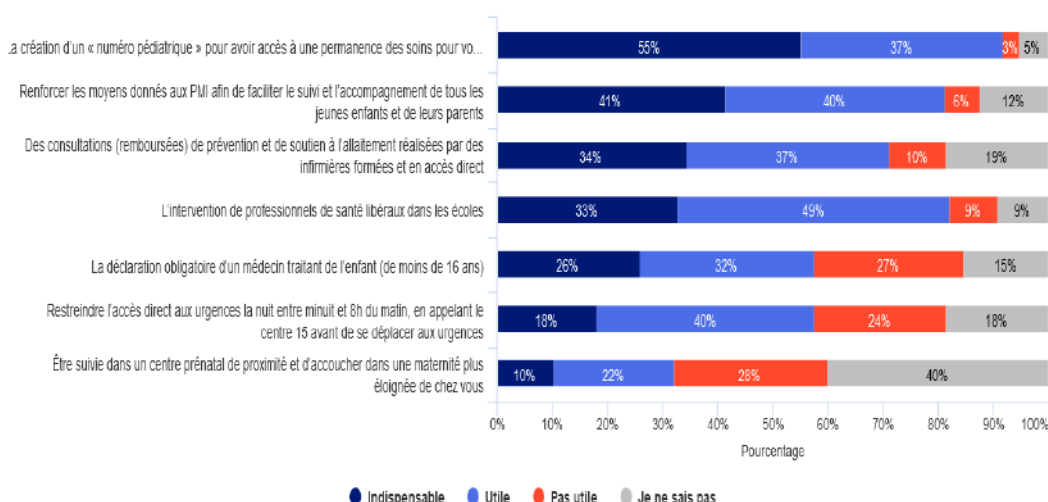
Quant au contenu des messages, l'enquête qualitative que nous venons de mener parallèlement à cette étude, montre que **les parents sont demandeurs d'informations leur rappelant par exemple l'utilité de tel contrôle ou suivi, à la condition que le ton employé par ces messages ne soit ni culpabilisant ni contraignant.**

En conclusion de ce volet prévention, nous reprenons à notre compte la recommandation émise par la Cour des comptes dans son rapport déjà cité de 2021 sur la santé des enfants et qui soulignait « *pour que la prévention soit au cœur de l'approche de la santé des enfants, cela 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.*** »

Propositions d'améliorations en cours de discussion par les autorités : un sentiment partagé vis-à-vis de certaines d'entre elles.

Nous avons cherché l'avis des parents par rapport à certaines des propositions d'évolutions des parcours qui sont en cours de discussion.

Voici des propositions pour améliorer le parcours de santé de votre enfant, pouvez-vous nous dire pour chacune d'entre elles si elle serait indispensable, utile ou pas utile ... ?



Selon les propositions, l'avis des parents peut être sensiblement différent.

La création d'un « numéro pédiatrique » pour avoir accès à une permanence des soins pour leurs enfants est accueillie favorablement par les parents puisque 88 % y sont favorables (indispensable et/ou utile). Ceci se retrouve également dans les commentaires laissés par les parents. Nous soulignons que cette mesure est déclarée comme indispensable avec un taux de pourcentage supérieur à la moyenne lorsque l'enfant est petit (69 % des parents ayant un enfant de moins de 3 ans déclarent cette mesure indispensable versus 55 % en moyenne), ce qui traduit là encore le besoin de réassurance des parents et l'inquiétude plus grande des parents de jeunes enfants :

« Un conseil, même téléphonique, en appelant une ligne dédiée lorsque le problème n'est pas vital, mais pour lequel le parent a une question, une inquiétude mais pas de solution ? »

« Mettre un numéro à appeler pour les urgences pas graves et désengorger les urgences ».

« Il faut un numéro d'urgence pédiatrique pour avoir un avis rapide et professionnel, avant d'aller aux urgences ».

« Les enfants devraient être prioritaires pour pouvoir avoir un rendez-vous rapidement chez un médecin, surtout les week-end, jours fériés...surtout quand il n'y a pas nécessité d'aller aux urgences et que c'est juste pour pouvoir le soigner simplement et correctement, quand cela est nécessaire ».

« Un numéro de téléphone autre que le 15, pour séparer les conseils des vraies urgences vitales, qui serait nettement plus intéressant avant tout passage aux urgences »

« Ligne téléphonique pédiatrique gratuit 24h/24 et 7j/7 serait réellement indispensable ».

« Un conseil, même téléphonique, en appelant une ligne dédiée lorsque le problème n'est pas vital, mais pour lequel le parent a une question, une inquiétude mais pas de solution ? »

« Avoir accès à des médecins conseils lors d'un problème - actuellement, il n'existe rien entre avoir rdv chez son généraliste (le lendemain...) et appeler le 15, ou aller aux urgences. Ce serait bien de pouvoir parler 24h/24 à un médecin qui donne des consignes simples ("ça peut attendre", "donner du doliprane", "les urgences" ...) ».



Propositions d'améliorations en cours de discussion par les autorités : un sentiment partagé vis-à-vis de certaines d'entre elles.

Le renforcement des moyens donnés aux PMI afin de faciliter le suivi et l'accompagnement de tous est également une recommandation qui rassemble beaucoup de réactions positives (81 % indispensable et/ou utile).

« Renforcer les équipes de PMI pour valoriser et développer la prévention primaire faite par ses professionnels de santé ».

« Renforcer la prévention précoce en soutenant les PMI (qui ne peuvent pas accueillir toutes les familles) et les pédiatres/généralistes de ville qui ont peu trop peu de temps pour écouter vraiment toutes les interrogations parentales, qui sont parfois trop peu formés sur certains sujets (sommeil, allaitement, diversification alimentaire...) ».

« Renforcer les équipes de PMI pour valoriser et développer la prévention primaire faite par ces professionnels de santé ».

« Promotion de la PMI qui peut faire encore, un peu (bien que trop peu) de prévention. Je travaille en PMI, les parents ne sont pas forcément au courant ou ne se saisissent pas forcément de ce qui est proposé (café débat, actions diverses). Dans l'imaginaire collectif, la PMI est encore plutôt pour les familles en difficulté, pas pour tout le monde. Il faudrait que cela change et que les différents professionnels, ville, hôpitaux, PMI travaillent ensemble ».

« Augmenter les moyens dans les PMI pour un meilleur suivi, afin d'être rappelé ou d'avoir des passages à domicile avoir une personne référente ».

« Certaines familles associent la PMI au service de l'ASE, en particulier lorsque les services se situent dans les mêmes locaux (se sentent surveillés/risque de jugement mauvais parent, placement...) ».

Des consultations (remboursées) de prévention et de soutien à l'allaitement réalisées par des infirmières formées et en accès direct : là encore bon accueil de cette proposition de la part des répondants, puisque 71 % d'entre eux indiquent qu'elle est indispensable et/ou utile. Notons que les parents ayant un enfant de moins de 3 ans, déclarent cette mesure indispensable à 59 % (versus 34 % en moyenne générale).

« Consultations à domicile, d'une conseillère en allaitement obligatoire dans les 4 premières semaines de vie. Passage d'une sage-femme du lactarium pour informer, sensibiliser au don de lait et inscrire dès la maternité ».

« Il me semble que le manque d'accompagnement est le plus fort dans les semaines qui suivent la sortie de la maternité. Et la facilitation de l'allaitement au moment de la reprise du travail devrait également être une priorité ».

L'intervention de professionnels de santé libéraux dans les écoles : 82 % des répondants trouvent que cette proposition est indispensable et/ou utile. Certains pensent que, plutôt que de mettre des médecins libéraux dans l'école (alors qu'il en manque déjà dans les territoires), il faudrait renforcer la santé scolaire. D'une manière générale le sujet de la santé scolaire est apparu largement dans les témoignages. Dans une enquête récente menée par l'Unaf, 91 % des parents ayant répondu à notre enquête indiquaient qu'il était indispensable de maintenir une santé scolaire forte et efficace dans tous les établissements de santé, avec une revalorisation des métiers de médecins, infirmières et psychologues scolaires. Ils **préconisaient l'intervention d'autres professionnels de santé que les médecins** et notamment des orthophonistes, psychomotriciens, dentistes, ophtalmologues... Beaucoup de parents mettaient en évidence que **la santé scolaire représentait un véritable filet de sécurité pour l'accès à la santé de tous les enfants, puisque tous vont à l'école**, même ceux qui sont les plus éloignés du système de santé. Ces éléments se retrouvent dans les témoignages récoltés lors de cette présente enquête.



**Propositions d'améliorations en cours de discussion par les autorités :
un sentiment partagé vis-à-vis de certaines d'entre elles.**

« Pour que les enfants soient tous suivis, il faudrait que les visites essentielles, rappelées dans nos carnets de santé comme la vaccination, rendez-vous annuel... Se fassent à l'école pour être sûr que l'enfant soit détecté s'il y a un problème. Il ne faut surtout pas arrêter les médecins scolaires. C'est le seul petit lien qu'ont certains enfants avec la médecine. La médecine scolaire doit être renforcée et être appuyée par tous les professionnels de santé, afin que lorsque le médecin scolaire détecte quelque chose, que le parcours de soin commence avec spécialistes (détection caries, parcours dentiste avec rdv prioritaire, détection problème paroles rdv prioritaire orthophoniste) ».

« Il serait intéressant qu'au vu des besoins en orthophonie, de plus en plus d'enfants (j'ai 2 de mes enfants dys sur 3), ces professionnels puissent exercer directement dans les écoles et collèges et qu'il y ait des adaptations de faites pour chaque matière. La prise de rdv est souvent longue, difficile à concilier quand les parents travaillent et souvent trop loin de l'école ».

« Il me semble que l'Éducation nationale a un rôle à jouer plus important, en permettant à des professionnels de santé d'intervenir en milieu scolaire, pour parler de santé mentale avec les enfants. Celle-ci est insuffisamment prise en compte aujourd'hui dans le suivi des enfants ».

« Avoir des professionnels de santé qui viennent dans l'établissement scolaire, au vu du nombre d'enfants suivis par un orthophoniste, cela serait plus pertinent d'avoir le professionnel dans l'école, cela éviterait que les enfants manquent une matinée ou après-midi d'école et il y aurait du lien avec l'équipe enseignante. Les enfants en difficulté scolaire sont mis davantage en difficulté, lorsque les professionnels de santé sont en nombre insuffisant et éloignés du lieu du domicile, cela génère de la fatigue et un sentiment d'exclusion par rapport aux autres enfants ».

« Faire de la médecine scolaire un acteur fort et pro-actif sur ces sujets. Pas la peine de faire venir les libéraux dans les écoles, ils doivent aller au domicile des personnes précaires, âgées et isolées ».

« L'éducation nationale doit embaucher du personnel paramédical et psy pour ces établissements et non chercher à faire entrer des libéraux. C'est fou quand même d'avoir ce genre d'idée ».

Si les premières propositions recueillaient un assentiment largement partagé, les suivantes sont plus discutées.

Proposer une déclaration obligatoire d'un médecin traitant de l'enfant (de moins de 16 ans) : 26 % des parents indiquent que cela serait indispensable, 32 % utile mais 27 % soulignent que cette proposition ne leur semble pas utile. Ceci est sans doute dû au fait que sur certains territoires, il n'y a pas de médecins et donc il leur paraît difficile d'avoir un médecin traitant. La peur d'être sanctionné financièrement (moindre remboursement) s'ils vont voir un autre médecin que celui déclaré peut également être un sujet d'inquiétude. Il est néanmoins difficile d'interpréter ces résultats car nous n'avons pas trouvé de commentaires particuliers laissés par les parents à ce sujet.

Restreindre l'accès direct aux services des urgences la nuit, entre minuit et 8 heures du matin, en appelant le centre 15, avant de se déplacer aux urgences. 18 % des parents déclarent cette mesure indispensable à prendre, 40 % que cela pourrait être utile, 24 % pas utile et 19 % ne savent pas quoi répondre. Ce sont les habitants des agglomérations de plus de 100 000 habitants qui déclarent le plus cette proposition indispensable (27 %) versus 17 % pour ceux qui vivent dans des villes de moins de 20 000 habitants.

Restreindre l'accès aux urgences. Là aussi je suis contre. J'ai bien conscience des difficultés rencontrées dans les services des urgences, mais je ne crois pas que cela soit une solution. Passer par le 15 lorsqu'il s'agit d'une petite urgence permet aux parents de demander conseil et éventuellement, d'évaluer s'il y a une réelle urgence. Mais dans certains cas, il y a une vraie urgence et pas le temps de patienter sur la plateforme du 15 pour ensuite aller aux urgences, qui elles aussi peuvent être loin ! Il faut absolument retrouver du personnel pour les urgences et des professionnels de ville qui puissent suivre les patients pour que ces derniers n'aient pas besoin d'aller aux urgences, faute de trouver un rendez-vous avec un médecin généraliste notamment.



Propositions d'améliorations en cours de discussion par les autorités : un sentiment partagé vis-à-vis de certaines d'entre elles.

La dernière proposition est celle qui est la **plus sensible pour les parents, puisqu'elle concerne les maternités**. A la proposition pour les femmes enceintes d'être suivies dans un centre prénatal de proximité et d'accoucher dans une maternité plus éloignée de chez elles, seulement 10 % des répondants déclarent cette mesure comme indispensable à prendre, 22 % la considère comme utile, 28 % comme inutile et 40 % des répondants n'ont pas d'opinion. **Ce sont les parents d'enfants de moins de 3 ans et de moins de 6 ans (32 % versus 28 % en moyenne) qui indiquent que cela ne leur semble pas utile.** Il n'y a pas de différence significative selon le lieu d'habitation. Le fort pourcentage de « ne sait pas » montre peut-être que bon nombre de parents ne savent pas véritablement ce que propose comme suivi un centre prénatal de proximité. **Il y a sans doute là un besoin fort d'information auprès des parents et futurs parents afin qu'ils aient une vision plus précise des parcours qui sont mis en place dans ce cadre.** La fermeture d'une maternité a une valeur symbolique très importante et intervient souvent dans des territoires en déficit de nombreux services, créant ainsi un sentiment d'abandon. **Ces fermetures ne sont pas ressenties, par certains parents, comme des éléments visant à améliorer la sécurité des mères et des enfants, mais comme des mesures ayant un objectif exclusivement budgétaire et qui ne tiennent pas toujours compte des spécificités territoriales.** Cette question est donc très douloureuse et là encore marque peut-être un **déficit de communication** quant aux raisons de ces fermetures et de pédagogie concernant l'articulation des différents dispositifs mis en place visant à assurer l'accessibilité aux structures dans des délais compatibles à toutes les situations et garantir le suivi et la sécurité des parturientes.

Certains parents se sont donc exprimés en s'insurgeant contre la fermeture des maternités de proximité.

« Cesser de fermer les petites maternités ! »

« Cesser de faire disparaître les petites unités hospitalières et de maternité au profit d'immenses centres hospitaliers, et leur redonner les moyens de mener une action préventive en terme de santé ».

« Vous proposez d'être suivie dans un centre prénatal et d'accoucher dans une maternité plus éloignée de chez nous. Je suis contre. L'éloignement des maternités fait courir beaucoup de risques à la mère et à son enfant, sans compter le stress que cela occasionne. Dans votre questionnaire, nous n'avons pas la possibilité de dire que nous sommes contre ».

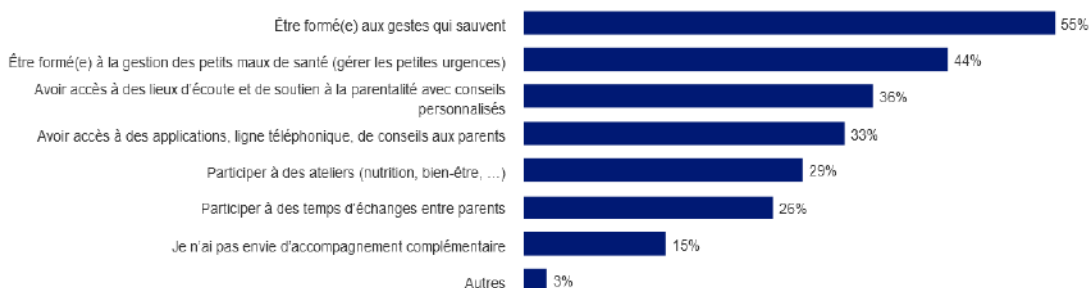
« Maintenir les hôpitaux publics et les maternités de proximité, arrêter de maltraiter les services publics, arrêter de tout offrir au privé ».

Accompagnement/soutien des parents : une nécessité de pouvoir échanger et être écouté et un besoin d'être rassurés quant à leur capacité à gérer certaines situations.



Nous avons souhaité savoir si les parents avaient un besoin d'accompagnement et de soutien, et dans quel domaine.

En dehors de l'accompagnement par un professionnel de santé et pour faciliter votre rôle dans le parcours de santé de votre enfant, quelles sont les 4 actions au maximum, qui pourraient réellement vous aider et que vous seriez prêt à mener ? (4 réponses possibles maximum)



Comme nous l'avons déjà observé dans le chapitre « prévention » les parents sont très demandeurs d'une formation aux **gestes qui sauvent**. Cette demande est supérieure chez les parents ayant de jeunes enfants 66 % chez les parents ayant un enfant de moins de 3 ans versus 55 % en moyenne. Dans la même lignée d'actions, les parents aimeraient recevoir une formation à la gestion des petits maux de santé (gérer les petites urgences) , là encore les parents avec jeunes enfants sont plus demandeurs que la moyenne (60 % pour les – de 3 ans et 59 % pour les 3-6 ans versus 55 % en moyenne). Le besoin de réassurance et d'être conforté dans ses capacités à agir est donc particulièrement important notamment chez les parents ayant de jeunes enfants.

Prendre confiance en ses capacités se retrouve également dans le besoin de pouvoir accéder à des lieux d'écoute et de soutien à la parentalité animés par des professionnels. Le rôle des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (Reaap) est sans doute encore trop peu connu par les parents. Ceux-ci peuvent organiser des ateliers, des groupes de parole et agir sur la parentalité qui a un spectre plus large que les questions de santé mais leur sont très liées. Les PMI, les cercles de parents animés par des infirmières puéricultrices libérales répondent également à cette demande de soutien à la parentalité, de réassurance quant aux compétences parentales et notamment dans la prise en charge de la santé de leur enfant. Certains parents ont également souligné leur intérêt pour des sites leur communiquant des informations ou leur permettant d'échanger avec d'autres parents.

« Développer des projets de prévention des 1000 premiers jours + soutien à parentalité ... soutien financier des REAAP réseau d'écoute d'appui et d'accompagnement des parents ».

« Des ateliers d'aide à la parentalité, de prévention notamment sur l'usage des écrans, qui devraient être obligatoires ».

Il existe un programme d'éducation à la santé familiale (ESF) à destination des parents avec un module particulier pour les jeunes parents. L'ESF a été conçue par un laboratoire universitaire (Laboratoire Educations et Pratiques de Santé, LEPS, de l'Université Paris 13, en collaboration avec l'Union nationale des associations familiales (UNAF), la Mutualité sociale agricole (MSA) et Maison familiales et rurales (MFR). L'Education à la santé familiale concerne la prévention, les soins et le secourisme élargi. Elle s'applique aux problèmes de santé les plus courants et permet de faire face aux situations d'urgence et d'exception. Elle a pour but de conférer aux familles les connaissances et les compétences de base leur permettant de maintenir leur santé, de résoudre par elles-mêmes des problèmes de santé courants et de gérer des situations d'urgence à domicile. <https://ipcem.org/l-education-a-la-sante-familiale-esf>

Les Reaap regroupent des actions qui visent à conforter à travers le dialogue et l'échange les compétences des parents, notamment aux périodes charnières de l'enfant quand l'exercice de la parentalité peut être en questionnement. Ces actions s'adressent à toutes les familles. Elles sont développées par des acteurs associatifs ou des centres sociaux et doivent être réalisées et portées par des parents. <https://www.caf.fr/allocataires/caf-du-doubs/actualites-departementales/les-cercles-de-parents>

Accompagnement/soutien des parents : une nécessité de pouvoir échanger et être écouté et un besoin d'être rassurés quant à leur capacité à gérer certaines situations.



« Je pense sincèrement qu'une formation aux gestes des premiers secours et aux petites urgences pourrait aider à réduire la saturation des urgences. Quand on est parents, on apprend au quotidien et on veut le mieux pour nos enfants alors parfois on peut paniquer et vite saturer les services médicaux ».

« Former les parents, régulièrement, en fonction de l'âge de l'enfant, pour gérer dans un premier temps les urgences et le quotidien (pansements, réhydratation précoce et fractionnée en cas de gastro, gérer la prise d'anti-douleur et antipyrétique, proposer une alimentation équilibrée, privilégier un bon sommeil, communication, écran, harcèlement...) ».

« Créer un site internet avec les réponses aux questions en cas de problème avec l'enfant, pour savoir comment agir. Aujourd'hui, il existe des tas de sites mais on ne sait pas si la source est bonne... Cela pourrait réduire les rdvs inutiles chez le médecin ».

« Des lieux de santé ou non, où les parents/mamans puissent échanger sans jugement, être conseillés, guidés, orientés vers des professionnels de santé formés pour les enfants ».

« Il faudrait repenser les lieux d'accueil et de consultation en proposant des activités, ateliers parents enfants (culinaires, lecture, relaxation...) afin de rassurer les familles et les accompagner dans leur parentalité en leur permettant de partager des moments de qualité avec leur enfant. »

« Favoriser le développement d'entraide par les pairs / parentalité ».

« Je pense que les ateliers pour les parents, où ils puissent s'exprimer et recevoir des aides personnalisées, des ateliers avec des infirmières PMI sur l'alimentation de nourrissons et les bébés, ainsi que des solutions pour faire face à la nutrition des enfants, dans les premiers mois après les poussées dentaires, sont primordiales ».

« Proposer davantage d'ateliers et activités ainsi que des rencontres entre parents et/ou professionnels, dans les lieux de vie ruraux, je me sens très isolée en montagne ».



Des parents qui ont des propositions à faire pour améliorer le parcours santé de leurs enfants.

Pour conclure, au-delà de ce que nous avons déjà pu indiquer, nous souhaitons terminer par certaines propositions émises par les parents afin d'améliorer et/ou simplifier un parcours de santé de l'enfant qu'ils jugent pour 88 % d'entre eux satisfaisant mais qui parfois dans certains territoires et situations peut se comparer à une course d'obstacles.

Ainsi certains parents souhaiteraient proposer au ministre de la Santé et de la Prévention les mesures suivantes (nous n'avons pas procédé à une hiérarchisation ni une régulation de ces propositions.) :

- S'abstenir de demander systématiquement un certificat médical (notamment pour l'accueil en collectivité) ce qui embolise les cabinets médicaux et qui est très chronophage pour les parents.
 - Affecter un infirmier gestionnaire de parcours de santé de l'enfant pour en assurer la qualité et la continuité.
 - Améliorer le dépistage de déficience visuelle et auditive à l'école, mise en place d'un référent-médiateur concernant le harcèlement (tout âge et toute école), créer des groupes de paroles entre enfants pour les comportements addictifs (alimentation, écrans etc.).
 - Rembourser les consultations d'infirmières puéricultrices libérales pour avoir accès à leur expertise.
 - Intégrer la prévention au parcours scolaire à tous les âges, en faire une discipline à part entière obligatoire (nutrition, dont des cours de cuisine, déceler le mal-être, comment réagir en cas de harcèlement, lorsque l'air est très pollué, canicule...).
 - Donner plus de liberté aux pharmaciens sur la délivrance de certains médicaments et faire en sorte qu'ils puissent établir des diagnostics sur les maladies infantiles courantes (otites, angines, gastro).
 - Permettre aux infirmières puéricultrices de mener des consultations en pratique avancée pour les problèmes de sommeil, alimentation, transit, maladies chroniques de l'enfant, soins aux bébés pour les jeunes parents.
 - Développer les missions et les compétences des professionnels paramédicaux pour suppléer à l'absence de médecins et au désert médical.
 - Former un plus grand nombre d'infirmières de pratique avancée en pédiatrie pour compenser la moindre disponibilité des pédiatres.
 - Être mieux accompagné quand on a des enfants prématurés (vaccination, alimentation, accueil adapté du jeune enfant...).
 - Développer les équipes de proximité en périnatalité et de petite enfance.
-



Des parents qui ont des propositions à faire pour améliorer le parcours santé de leurs enfants.

- Augmenter le passage de la sage-femme après accouchement car 2 fois ce n'est pas suffisant pour la mère physiologiquement et pour l'enfant.
 - Plus d'accompagnement dans les premières semaines de vie de l'enfant (coliques, manque de sommeil, doutes, peuvent être très angoissants pour les jeunes parents).
 - Éviter les ruptures de stock de médicaments réservés aux enfants.
 - Accès des jeunes aux bilans santé AUSSI dans les écoles privées sous contrat.
 - Embaucher des professionnels de santé dans les écoles (Psychomotricien, orthophoniste et ergothérapeute) afin d'aider les enseignants pour les aménagements scolaires et pour faire du dépistage précoce.
 - Accorder des heures aux parents salariés pour pouvoir accompagner leur enfant chez le médecin durant les horaires de travail, ou bloquer certains créneaux uniquement aux gens qui travaillent (entre 12h et 14h et après 17h30 pour les familles qui travaillent).
 - Ouvrir des centres de santé dédiés, ouverts sur des plages horaires larges (tôt le matin, le week-end samedi et dimanche grâce à un système de garde).
 - Mieux former les médecins (y compris scolaires) aux problématiques du harcèlement et de la phobie scolaire, encore trop mal comprises.
 - Rembourser des consultations chez les spécialistes pour les enfants ayant un handicap : psychomotricienne, ergothérapeute.
 - Mieux prendre en compte les enfants en situation de handicap, leurs besoins spécifiques en termes de communication notamment, former les personnels à la prise en charge des enfants en situation de handicap, accessibilité des cabinets médicaux, label santé et handicap, en résumé faciliter l'accès aux soins pour les enfants en situation de handicap.
 - Améliorer l'accueil des enfants polyhandicapés dans les hôpitaux : assurer un suivi spécifique lors des examens et des consultations : laisser un temps d'adaptation aux enfants pour les rassurer.
 - Augmenter le congé maternité et proposer un congé parental rémunéré réellement.
 - Augmenter l'accès au congé parental (plus court et mieux rémunéré) pour permettre aux parents d'avoir le temps de se consacrer à leur enfant en début de vie (ce qui impacte leur santé).
-



Des parents qui ont des propositions à faire pour améliorer le parcours santé de leurs enfants.



Nous tenons une nouvelle fois à remercier les parents qui ont pris le temps de répondre à ce long questionnaire. Nous espérons avoir été le plus fidèle possible à leurs réponses.

Nous remercions également les différents réseaux associatifs qui ont accepté de diffuser ce questionnaire auprès de leurs adhérents.

Nous espérons enfin que la parole des parents puisse utilement compléter les réflexions qui seront menées dans le cadre des Assises de la pédiatrie et de la santé des enfants afin que le parcours de santé des enfants soit amélioré et simplifié.



Assises
de la pédiatrie
et de la santé
de l'enfant