



La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France



Rapport

Emilie FAUCHIER-MAGNAN

Pr. Bertrand FENOLL

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

Avec le concours de la Pr Brigitte CHABROL

2020-074R
Mai 2021

SYNTHÈSE

[1] Le ministre des solidarités et de la santé a saisi l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'une mission portant sur la pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France ; il a également sollicité la professeure Brigitte CHABROL, présidente du CNP de pédiatrie, pour apporter son expertise en appui à la mission. La mission tient à la remercier chaleureusement pour son engagement tout au long des travaux du rapport, qui ont grandement bénéficié de son expertise et de son indépendance de réflexion pour servir au mieux la santé des enfants et notamment celle des plus fragiles.

La mission a tout d'abord établi un panorama des professionnels de santé de l'enfant qui se révèle préoccupant.

[2] Les différentes composantes de la médecine ambulatoire de l'enfant sont en crise. Dès 2006, le Pr Sommelet, dans son rapport de référence sur la santé de l'enfant et de l'adolescent, soulignait l'importance des problématiques démographiques en matière de médecine de ville de l'enfant ; les difficultés se sont accrues depuis, même si le nombre de pédiatres formés a été sensiblement relevé.

[3] Ainsi, la pédiatrie libérale connaît un recul démographique important, particulièrement marqué pour les pédiatres de secteur 1. Actuellement, 8 départements connaissent une densité inférieure à un pédiatre pour 100 000 habitants et l'âge moyen des pédiatres libéraux laisse présager une aggravation de la situation puisque 44 % d'entre eux ont plus de 60 ans. Cette situation pose une question majeure d'accès aux soins pédiatriques pour certaines populations. Cet enjeu est renforcé par la contraction des effectifs médicaux de la PMI et de la médecine scolaire, dont le rôle préventif est essentiel, en particulier auprès des plus précaires.

[4] En miroir, les médecins généralistes jouent un rôle important et croissant dans la prise en charge des enfants : ils assurent plus de 85 % des consultations de ville des enfants de moins de 16 ans. Leur formation à la médecine de l'enfant, même si elle a été récemment renforcée, reste hétérogène et insuffisante au regard de ce rôle prépondérant.

[5] Le rôle déclinant joué par la pédiatrie libérale dans le suivi de l'enfant contribue à sa crise identitaire. Les missions assumées par les pédiatres de ville sont aujourd'hui proches de celles des médecins généralistes et leurs positionnements respectifs apparaissent peu complémentaires. Les pédiatres assument un important rôle de suivi préventif, sans spécialisation sur les enfants ayant des besoins particuliers, et jouent très peu de rôle de recours, que ce soit pour les professionnels du premier recours ou pour les établissements hospitaliers. Leurs missions apparaissent ainsi en décalage avec leur formation très spécialisée. Par ailleurs, la rémunération des pédiatres libéraux figure parmi les rémunérations les plus faibles, comparées aux autres spécialités médicales, ce qui contribue au manque d'attractivité de la profession.

[6] A l'inverse, l'évolution démographique de la pédiatrie hospitalière et de la chirurgie pédiatrique, deux disciplines dont l'activité est réalisée très majoritairement à l'hôpital public, est plus satisfaisante. Leur progression est tirée par la spécialisation croissante des disciplines médicales, qui répond à d'importants enjeux de santé : progrès scientifiques et techniques, augmentation de la fréquence des maladies chroniques, amélioration de la prise en charge des maladies rares, développement de la recherche. L'évolution de la pédiatrie et de la chirurgie pédiatrique a été considérable en plusieurs décennies, au profit d'une augmentation de l'espérance de vie des enfants malades et d'une amélioration de leur état de santé. Ainsi, des « surspécialités »

pédiatriques se sont progressivement développées (néonatalogie, pneumopédiatrie, neuropédiatrie, ...).

[7] Pour autant, l'attractivité de la pédiatrie décline auprès des étudiants, en raison d'une charge de permanence et de continuité des soins particulièrement importante, notamment aux urgences pédiatriques. Cet enjeu d'attractivité se pose particulièrement pour les services des centres hospitaliers, dont les équipes à taille réduite peinent parfois à recruter.

[8] Les difficultés rencontrées par la pédopsychiatrie ne sont pas sans impact sur l'activité de pédiatrie, comme l'illustre actuellement l'importance des sollicitations des services de pédiatrie pour prendre en charge, en lien avec les pédopsychiatres, les troubles de la santé mentale des enfants et des adolescents générés par le contexte du COVID. Les liens entre les deux disciplines sont en effet étroits, notamment pour la médecine de l'adolescent et les troubles du neuro-développement.

[9] A l'instar de la pédiatrie, l'attractivité de la chirurgie pédiatrique pâtit du poids de la permanence des soins concentré sur des équipes de petite taille en CHU, et qui assurent une activité croissante par rapport aux établissements de proximité. Le manque de médecins anesthésistes avec des compétences pédiatriques constitue aussi une difficulté récurrente pour la spécialité.

[10] Enfin, les professions paramédicales de l'enfant sont insuffisamment reconnues. L'absence d'évolution du diplôme d'infirmière puéricultrice depuis 1983 reflète le manque de reconnaissance d'une profession dont le positionnement est questionné à l'hôpital par rapport aux infirmiers « généralistes » et aux autres infirmiers spécialisés. Paradoxalement, depuis 2009, la formation initiale des infirmiers « généralistes », qui exercent aussi dans les services de pédiatrie, ne comprend plus de stage ni de formation obligatoire en pédiatrie. Cette perte de compétences aurait pu conduire à une meilleure reconnaissance des infirmières puéricultrices à l'hôpital, mais les acteurs ont témoigné du mouvement inverse. Les compétences des infirmières puéricultrices, notamment en termes d'accompagnement et de prévention, sont sous-utilisées, en particulier en secteur ambulatoire, puisque leur exercice est limité aux PMI, en raison de l'absence de financement de leurs actes en ville.

[11] Comme les infirmières puéricultrices, les auxiliaires de puériculture témoignent d'un manque de reconnaissance de leur profession et d'une confusion de leurs compétences avec celles des aides-soignant(e)s.

La mission a ensuite dressé un bilan de l'offre en santé des enfants et de l'articulation entre les différents acteurs de santé.

[12] De nombreux dispositifs de suivi et de prévention de la santé des enfants et des adolescents existent, tels que les examens obligatoires de l'enfant, les vaccinations obligatoires ou, plus récemment, le médecin traitant de l'enfant. Toutefois, ces dispositifs foisonnants ne parviennent pas, sauf exception, à toucher l'ensemble des enfants. Ils ne permettent pas de remédier aux inégalités sociales et territoriales en santé qui restent marquées : ainsi, la mortalité infantile est deux à trois fois plus élevée en Outre-mer qu'en métropole, et un enfant d'ouvrier a six fois plus de chances d'être obèse qu'un enfant de cadre.

[13] Le système de santé des enfants souffre aussi d'un manque de lisibilité pour les parents, qui n'identifient pas clairement le rôle des acteurs et ne connaissent pas toujours les dispositifs de suivi, tels que les examens obligatoires. La méconnaissance de l'offre en santé des enfants constitue l'un des facteurs de recours aux urgences hospitalières. Celui-ci est particulièrement élevé pour les enfants, comparé à la population adulte, et il augmente (+2 % par an) alors que la population des

enfants diminue en raison de la baisse de la natalité depuis 2014. Ce recours aux urgences pour les enfants n'est pas toujours pertinent, en particulier pour les enfants de moins de deux ans.

[14] Par ailleurs, le système de santé ne prend pas toujours correctement en charge les problématiques spécifiques des enfants vulnérables et des enfants souffrant de certaines pathologies. Certaines politiques de santé sont anciennes et relativement bien structurées, par exemple pour la périnatalité ou les maladies rares, alors que d'autres sont encore en structuration (prise en charge de l'autisme et des troubles du neuro-développement). L'accès aux soins de certains publics, à l'instar des enfants et adolescents pris en charge au titre de la protection de l'enfance ou des enfants handicapés, reste difficile. Des marges de progrès subsistent également pour un accueil des enfants à l'hôpital conforme aux droits de l'enfant sur l'ensemble du territoire et pour un meilleur accompagnement des familles, en lien avec les associations d'usagers.

[15] Enfin, la coordination des acteurs de santé de l'enfant reste insuffisante, que ce soit entre établissements hospitaliers, entre professionnels de ville ou entre acteurs de ville et hôpital. Cette coordination insuffisante nuit tant aux professionnels de santé (inadéquation du niveau de recours, risques d'engorgement de certaines structures, ...) qu'aux familles (retards de prise en charge, charge de coordination des soins, difficultés d'orientation dans le système de santé, ...).

La mission propose un nouveau modèle de prise en charge des enfants pour répondre à l'ensemble de leurs besoins de santé, valoriser et clarifier le rôle des acteurs de santé.

(i) Dans ce schéma, les missions des acteurs de santé de ville sont clarifiées et enrichies.

[16] L'exercice des puéricultrices en PMI comme les expérimentations étudiées par la mission (consultations de puéricultrice dans une maison de santé pédiatrique, interventions à domicile de puéricultrices pour limiter les hospitalisations) témoignent de leurs compétences pour répondre à de nombreux besoins de santé en ville.

[17] La mission recommande de développer l'exercice des infirmières puéricultrices en ville, au-delà des PMI, avec la réalisation de consultations autonomes, en lien étroit avec un médecin. Les missions des infirmières puéricultrices intégreraient notamment des consultations de puériculture, la réalisation de certains examens du développement, des consultations d'éducation thérapeutique, de suivi en sortie d'hospitalisation. La mission recommande ainsi l'inscription d'actes spécifiques aux infirmières puéricultrices dans la nomenclature générale des actes et des prestations (NGAP) pour permettre leur financement par l'assurance maladie. Elle estime que l'exercice de 1000 puéricultrices en ville nécessite un financement de l'ordre de 50 à 70 millions d'euros ; il ne s'agit toutefois pas d'un coût net, car les actes se substitueraient en partie à des consultations médicales en ville et aux urgences.

[18] Les infirmières puéricultrices exerceraient en binôme avec des médecins, de manière privilégiée dans le cadre d'un exercice de groupe, sous un statut salarié ou libéral. Leur exercice doit aussi être conçu comme complémentaire à celui des sages-femmes, qui peuvent réaliser le suivi des nouveau-nés (0 à 28 jours), notamment dans le cadre du programme PRADO. La mission préconise que les complémentarités entre infirmières puéricultrices et sages-femmes exerçant en ville soient définies localement, en coordination avec les médecins, par exemple dans le cadre des CPTS. Une option consisterait à privilégier le suivi par la sage-femme pour les nouveau-nés et le suivi par l'infirmière puéricultrice à partir de l'âge d'un mois.

[19] La mission préconise aussi un recentrage des missions des pédiatres de ville et une meilleure identification du rôle des médecins généralistes en matière de santé de l'enfant, afin de valoriser les compétences de chaque spécialité, favoriser la complémentarité et la subsidiarité des interventions. Trois options ont été étudiées par la mission pour clarifier les positionnements de ces deux acteurs. La première, consistant à conforter la pédiatrie de ville dans son rôle de suivi des enfants en premier recours en généralisant le suivi pédiatrique pour l'ensemble des enfants, notamment pour les nourrissons, n'est ni réaliste démographiquement ni souhaitable, compte-tenu du rôle actuellement joué par les médecins généralistes et des compétences spécialisées des pédiatres. La deuxième option, consistant à conserver une intervention pédiatrique pour l'ensemble des enfants en ville, en la réservant à certains âges charnières et à confier aux médecins généralistes le reste du suivi, apparaît peu souhaitable, que ce soit pour les enfants, les pédiatres ou pour les médecins généralistes (fractionnement du suivi, manque de diversité dans les missions des médecins, faible valorisation des compétences). La dernière option privilégiée par la mission conduit à un repositionnement plus profond des rôles respectifs des médecins généralistes et des pédiatres de ville.

[20] Dans le système proposé, le pédiatre de ville joue un rôle de recours et d'expertise pour les autres professionnels de santé (et plus particulièrement pour le médecin généraliste) et assure le suivi de certaines maladies chroniques. En fonction de sa formation, il peut également exercer une surspécialité pour une partie de son activité. Son rôle de premier recours est recentré sur les enfants avec besoins particuliers ou présentant des facteurs de risques, pour lesquels il joue un rôle de coordination des soins. Le renforcement des missions spécialisées des pédiatres de ville, en adéquation avec leur formation, nécessitera des ajustements dans le financement de leurs actes et dans leur nomenclature, qui devront aussi viser une revalorisation des revenus des pédiatres libéraux pour renforcer l'attractivité de l'exercice en ville.

[21] Le schéma-cible identifie le médecin généraliste formé à la santé de l'enfant comme l'acteur de proximité du suivi médical des enfants ne présentant pas de pathologie chronique ni de facteur de vulnérabilité, assurant tant le suivi préventif que les soins non programmés. Par ailleurs, l'appui des assistants médicaux pour les consultations des médecins généralistes comme pour celles des pédiatres permet un gain de temps médical et un service rendu de meilleure qualité. La mission appelle à poursuivre et élargir les incitations au développement des assistants médicaux, notamment pour les pédiatres.

[22] Enfin, l'offre de santé de l'enfant en ville doit être confortée par un renforcement de la PMI et de la santé scolaire, deux institutions au rôle social et préventif essentiel. Les récents rapports¹ sur ces institutions appelaient notamment à clarifier la gouvernance et les missions de ces institutions et à revaloriser financièrement l'exercice des médecins en leur sein.

(ii) A l'hôpital, le schéma-cible permet de recentrer la pédiatrie hospitalière et la chirurgie pédiatrique sur leur rôle de recours et de valoriser l'exercice médical et paramédical.

[23] Dans le système proposé, les pédiatres hospitaliers se consacrent davantage à leurs missions très spécialisées de recours (suivi des maladies rares et des maladies chroniques ne pouvant être prises en charge en ville, néonatalogie, réanimation...). Le mouvement actuel de spécialisation doit toutefois se concilier avec le maintien d'une pédiatrie généraliste (ou polyvalente) à l'hôpital, tant en CH qu'en CHU, qui suppose une meilleure analyse des besoins de postes en pédiatrie polyvalente à l'hôpital. Une coopération plus étroite entre pédiatrie de ville et pédiatrie hospitalière est souhaitable, notamment pour la prise en charge des maladies chroniques. De même, les liens entre

¹ Pour la PMI, rapport Peyron « Sauvons la PMI » en 2019 ; pour la santé scolaire, rapport IGAS/IGEN/IGAENR en 2016 « Evaluation de politique publique – La place de la santé scolaire dans la santé des jeunes, Etat des lieux et perspectives » et rapport de la Cour des comptes en 2020 “Les médecins et les personnels de santé scolaire”

pédopsychiatrie et pédiatrie doivent être renforcés pour améliorer la qualité des soins somatiques comme psychiques. La pédopsychiatrie de liaison, la présence de pédopsychiatres auprès des urgences pédiatriques ainsi que les prises en charge conjointes pour les troubles du neuro-développement et la médecine de l'adolescent constituent ainsi des coopérations à développer.

[24] Les missions des infirmières puéricultrices doivent aussi être mieux reconnues en milieu hospitalier, avec une valorisation de leurs compétences et une autonomie accrue, notamment au travers de consultations dédiées, comme celles qui se développent aux urgences pédiatriques. De même, la valorisation des auxiliaires de puériculture devra être favorisée par la réforme (en cours de finalisation) de leur formation et de leurs compétences, avec des délégations de tâches plus importantes. Le renforcement de la présence des infirmières puéricultrices et des auxiliaires de puériculture dans les services hospitaliers de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique doit être favorisé en s'appuyant sur les dispositions réglementaires existantes qui définissent des ratios de personnels spécialisés dans certains services (réanimation pédiatrique et néonatalogie).

[25] **Concernant les chirurgiens pédiatres, la généralisation d'organisations régionales structurées permettra de renforcer leur activité sur des missions de recours et d'expertise.** Ces organisations, à l'instar du réseau d'Occitanie, définissent des niveaux de recours pour les différentes prises en charge, labellisent les établissements et organisent la formation des acteurs (notamment des chirurgiens adulte pratiquant la chirurgie pédiatrique). L'organisation d'une gradation des soins entre établissements hospitaliers doit également être poursuivie en pédiatrie afin d'homogénéiser la qualité des soins et organiser les parcours des patients, en s'appuyant sur les organisations existantes telles que les réseaux.

[26] Le renforcement des équipes médicales, tant en chirurgie pédiatrique qu'en pédiatrie, est nécessaire au regard de la charge de permanence des soins et des enjeux d'attractivité des deux disciplines. L'introduction d'un seuil minimum de praticiens pour faire fonctionner les lignes de gardes et d'astreintes devrait être expertisée, ainsi que le recommande un rapport récent de l'IGAS sur la permanence des soins en établissements de santé². Le renforcement de l'attractivité des services hospitaliers nécessite également des équipes paramédicales étoffées, en particulier pour les soins lourds.

[27] Enfin, la reconnaissance des disciplines pédiatriques passe par une valorisation financière adéquate des actes pédiatriques médicaux et chirurgicaux. La mission préconise ainsi d'étudier la couverture des coûts de l'activité hospitalière (chirurgicale et non chirurgicale) concernant les enfants par les tarifs de la CCAM (classification commune des actes médicaux) et du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'informations). L'étude viserait à analyser si les surcoûts générés par la technicité et la durée des actes pédiatriques sont couverts par les tarifs existants.

(iii) La mise en œuvre du schéma-cible suppose des évolutions conséquentes dans la formation initiale et continue des professionnels.

[28] Concernant les médecins, le renforcement et l'homogénéisation de la formation initiale et continue des médecins généralistes à la santé de l'enfant constituent des corollaires indispensables à leur rôle renforcé auprès des enfants. La mission préconise ainsi la création d'une option Santé de l'enfant au sein du DES de médecine générale, afin de favoriser la lisibilité des compétences des médecins généralistes tant pour les familles que pour les professionnels. Par ailleurs, le renforcement

² « Rapport d'étape sur l'évaluation de la permanence des soins en établissements de santé », IGAS, 2021

des missions spécialisées des pédiatres suppose un important plan de formation continue, dans le cadre du développement professionnel continu.

[29] S'agissant des infirmières puéricultrices, l'exercice de nouvelles missions tant à l'hôpital qu'en ville suppose une profonde réforme de la formation des puéricultrices. Celle-ci devra permettre l'adaptation du référentiel et l'intégration de nouvelles compétences. La formation doit également être allongée, mastérisée et intégrée à l'université. Ces évolutions contribueront à une revalorisation du diplôme et à une meilleure reconnaissance de cette formation atypique dans le paysage des infirmiers spécialisés, conciliant l'acquisition de compétences techniques et un champ généraliste et transverse. Elle est complémentaire des formations d'infirmiers en pratique avancée, très spécialisées, qui pourront aussi exercer dans les services de pédiatrie spécialisée ou de chirurgie pédiatrique.

[30] Enfin, l'exigence de qualité des soins auprès des enfants suppose de renforcer les compétences pédiatriques de l'ensemble des professionnels contribuant à l'environnement pédiatrique (infirmiers, médecins anesthésistes, médecins radiologistes, chirurgiens adultes), notamment en systématisant les stages lors des formations initiales. En particulier, la mission recommande la réintroduction d'un stage en pédiatrie dans le cursus de formation des infirmiers, qui devrait être prochainement revu. Les organisations régionales structurées pourront aussi contribuer à la montée en compétences des professionnels de santé à travers des actions de formation continue.

(iv) Les coopérations territoriales doivent se généraliser pour organiser les parcours de soins pédiatriques, favoriser la prise en charge des soins non programmés et garantir le suivi de l'ensemble des enfants.

[31] En ville, les freins existants à la création de maisons de santé pédiatriques doivent être levés, et celles-ci doivent être favorisées pour encourager la coordination des acteurs de ville. Les communautés professionnelles territoriales de santé constituent également un levier important pour le développement des coopérations, la mise en place de parcours de soins et le renforcement des actions de prévention et d'éducation à la santé. Le développement d'un axe « santé de l'enfant » au sein des CPTS est ainsi préconisé, en intégrant la PMI et la santé scolaire.

[32] Au-delà, une coopération ville/ hôpital plus aboutie est indispensable pour l'organisation de parcours de soins pédiatriques lisibles pour les familles. Le développement des CPTS facilitera les relations entre ville et hôpital, à travers la structuration de l'offre de ville. Le carnet de santé électronique, dont le déploiement est prévu en janvier 2022 dans le cadre de l'espace numérique en santé, devra favoriser le partage d'informations entre l'ensemble des professionnels.

[33] La coordination des acteurs de santé constitue également un enjeu fort pour la prise en charge des soins non programmés. Le schéma-cible proposé par la mission permettra une prise en charge accrue des soins non programmés en ville par les médecins généralistes, les pédiatres ainsi que par les infirmières puéricultrices. Le développement de l'exercice médical en groupe doit aussi faciliter l'organisation des acteurs pour la prise en charge des soins non programmés. Par ailleurs, la mission considère que le service d'accès aux soins (SAS) actuellement expérimenté est adapté aux enfants, sous réserve de compétences spécialisées en santé de l'enfant, tant pour la régulation médicale (pour les plateformes téléphoniques du SAS) que pour l'effection (programmation de consultations de ville dans les 48 heures pour les soins non urgents). Il gagnerait aussi à s'appuyer sur les compétences des infirmières puéricultrices.

[34] Enfin, les agences régionales de santé ont un rôle de soutien important pour susciter et encourager les coopérations. Au-delà, leurs compétences en matière d'autorisation et de programmation, notamment au travers des plans régionaux de santé, sont déterminantes pour l'amélioration de l'organisation des soins de santé de l'enfant sur les territoires.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n	Recommandation	Prio rité	Autorité responsable	Échéa nce
Clarifier et renforcer les compétences des professionnels de santé de l'enfant en ville pour un suivi universel et une prévention renforcée				
1	Développer l'exercice des infirmières puéricultrices en ville, au-delà des PMI, en binôme avec des médecins, de manière privilégiée dans le cadre d'un exercice coordonné, et financer leur activité par des actes dédiés dans la nomenclature générale des actes et des prestations (NGAP)	1	DGOS, DSS et CNAM	2021
2	Recentrer le rôle du pédiatre de ville sur le suivi médical des enfants à besoins particuliers (maladies chroniques, handicapés, prématurés, protection de l'enfance...) et sur un rôle de recours pour les autres enfants	1	DGOS, DSS et CNAM	2021
3	Reconnaître le rôle du médecin généraliste formé à la santé de l'enfant pour le suivi médical des enfants sans pathologie chronique ni facteur de vulnérabilité	1	DGOS, DSS et CNAM	2021
4	Ajuster la nomenclature des pédiatres pour permettre leur positionnement sur des missions de recours et d'expertise et la revalorisation de leurs revenus afin de renforcer l'attractivité de la pédiatrie libérale	1	DGOS, DSS et CNAM	2021
5	Renforcer les mesures au profit de la santé scolaire et la PMI, institutions de médecine de l'enfant au rôle préventif et social essentiel	1	Ministères Santé et EN, Départements	2021
Recentrer la pédiatrie hospitalière et la chirurgie pédiatrique sur leur rôle de recours et renforcer l'attractivité des professions médicales et paramédicales de l'enfant à l'hôpital				
6	Affiner l'évaluation des besoins en pédiatrie polyvalente, en pédiatrie spécialisée, en chirurgie pédiatrique et dans les autres disciplines de l'enfant (anesthésie pédiatrique, radiologie pédiatrique, ...)	2	ONDPS et Sociétés savantes	2021
7	Généraliser les organisations régionales structurées de chirurgie pédiatrique et favoriser les organisations hospitalières en pédiatrie pour établir une réelle gradation des soins, renforcer les compétences et la qualité des soins	1	ARS	2022
8	Favoriser les équipes d'une taille suffisante en pédiatrie, et en chirurgie pédiatrique, en particulier pour assurer la permanence des soins, et expertiser l'introduction d'un seuil minimum de praticiens pour les lignes de garde et astreintes	1	ARS, CHU et CH	2021
9	Evaluer la couverture des coûts de l'activité hospitalière (chirurgicale et non chirurgicale) concernant les enfants par les tarifs de la CCAM et du PMSI	2	DGOS, DSS, CNAM, ATIH, avec les CNP	2022

n	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
10	Augmenter la présence des infirmières puéricultrices et des auxiliaires de puériculture dans les services de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique, notamment en appliquant les ratios fixés par les textes	1	ARS, CHU et CH	2021
11	Identifier les soins lourds et complexes de l'enfant pouvant justifier des quotas de personnels paramédicaux en pédiatrie et chirurgie pédiatrique	1	CHU et CH DGOS	2021
12	Veiller au respect des dispositions légales et réglementaires sur les droits des enfants malades, dans le cadre de l'hospitalisation complète et ambulatoire, et inscrire dans le code de la santé publique un droit à la présence parentale	1	HAS et ARS	2022
13	Renforcer les coopérations entre la pédopsychiatrie et la pédiatrie, notamment avec des prises en charge conjointes pour les urgences pédiatriques, les troubles du neuro-développement et la médecine de l'adolescent	2	ARS, CHU et CH	2022
Ajuster la formation des professionnels en réponse au schéma-cible des soins de santé de l'enfant				
14	Rénover les compétences et la formation très désuète des infirmières puéricultrices en fonction des pratiques et de leurs nouvelles missions dans la perspective d'une universitarisation	1	DGOS et MESRI	2021
15	Renforcer et homogénéiser la formation théorique et pratique de médecine générale en santé de l'enfant et créer une option médecine de l'enfant pour les médecins généralistes	1	DGOS et MESRI	2022
16	Adopter un programme de formation continue ambitieux pour les pédiatres de ville dans le cadre du DPC pour l'exercice de missions de recours et d'expertise	1	DGOS, ANDPC et CNPP	2022
17	Développer les compétences pédiatriques des autres professionnels de santé (notamment chirurgiens adulte, médecins anesthésistes, médecins radiologistes, infirmiers généralistes,...), notamment avec des stages obligatoires en formation initiale	2	DGOS	2022
Généraliser les coopérations territoriales pour organiser les parcours de soins pédiatriques et garantir le suivi de l'ensemble des enfants				
18	Encourager l'exercice pluri-professionnel des professionnels de santé de l'enfant, notamment en autorisant les maisons de santé pédiatriques	1	DGOS, CNAM et ARS	2021
19	Développer un axe « Santé de l'enfant » au sein des CPTS pour garantir le suivi de l'ensemble des enfants, renforcer les actions de prévention et favoriser l'organisation des parcours de soins	2	DGOS, CNAM et ARS	2021
20	Intégrer des professionnels spécialisés en santé de l'enfant dans le service d'accès aux soins (SAS) pour une prise en charge des soins non programmés coordonnée entre ville et hôpital	2	DGOS et ARS	2021
21	Développer un carnet de santé électronique, en lien avec le DMP de l'enfant, accessible à tous les professionnels de santé de l'enfant (y compris PMI et médecine scolaire)	2	CNAM, DGS	2022

SOMMAIRE

SYNTHESE.....	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	11
RAPPORT.....	15
1 LES PROFESSIONNELS DE SANTE DE L'ENFANT : CROISSANCE ET SPECIALISATION A L'HOPITAL, DECLIN DE L'OFFRE MEDICALE EN AMBULATOIRE, SOUS-UTILISATION DES PROFESSIONS PARAMEDICALES.....	16
1.1 LA PEDIATRIE CONNAIT UNE EVOLUTION TRES CONTRASTEE : UN EXERCICE LIBERAL EN CRISE, UNE PEDIATRIE HOSPITALIERE EN CROISSANCE, QUI SE SURSPECIALISE	16
1.1.1 <i>Les effectifs de pédiatres augmentent, mais la densité de pédiatres est plus faible en France qu'à l'étranger et l'attractivité de la spécialité décline</i>	17
1.1.2 <i>La pédiatrie libérale traverse une crise démographique et identitaire et se caractérise par de fortes inégalités géographiques.....</i>	19
1.1.3 <i>La pédiatrie hospitalière connaît une croissance dynamique, tirée par la surspécialisation, mais certains services de centres hospitaliers sont peu attractifs.....</i>	25
1.2 EN VILLE, LA MEDECINE PREVENTIVE DE L'ENFANT DECLINE, TANDIS QUE LA MEDECINE GENERALE JOUE UN ROLE CROISSANT	30
1.2.1 <i>Les PMI jouent un rôle préventif essentiel, notamment auprès des plus précaires, mais celui-ci décline.....</i>	30
1.2.2 <i>La médecine scolaire est en grande difficulté, malgré un rôle jugé unanimement essentiel dans le suivi de l'enfant</i>	31
1.2.3 <i>Les médecins généralistes jouent un rôle croissant pour le suivi des enfants, mais leur formation à la santé de l'enfant est hétérogène</i>	32
1.3 LA CHIRURGIE PEDIATRIQUE ET LA PEDOPSYCHIATRIE SONT DEUX PROFESSIONS MEDICALES DE L'ENFANT RELEVANT PRINCIPALEMENT DE L'HOPITAL PUBLIC.....	34
1.3.1 <i>Les effectifs de chirurgie pédiatrique progressent, mais l'activité se concentre sur les CHU et les conditions de travail de la spécialité se dégradent.....</i>	34
1.3.2 <i>La pédopsychiatrie est en tension et son articulation avec la pédiatrie pourrait être renforcée.....</i>	37
1.4 LES PROFESSIONS PARAMEDICALES DE L'ENFANT (INFIRMIERE PUERICULTRICE, AUXILIAIRE DE PUERICULTURE) SONT INSUFFISAMMENT RECONNUES	39
1.4.1 <i>Les infirmières puéricultrices, dont le positionnement à l'hôpital est questionné, ont des compétences préventives insuffisamment mises à profit en ambulatoire.....</i>	39
1.4.2 <i>Les auxiliaires de puériculture souffrent d'un manque de reconnaissance de leurs compétences</i>	45
1.5 LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS PAR LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE MEDICAUX ET PARAMEDICAUX NECESSITE DES COMPETENCES ET UNE VALORISATION FINANCIERE ADAPTEE	47
2 L'OFFRE EN SANTE NE REpond PAS A TOUS LES BESOINS DE SANTE DES ENFANTS	48
2.1 LE SYSTEME PREVENTIF DE SANTE DE L'ENFANT SE DEVELOPPE, SANS ETRE UNIVERSEL, ET LES INEGALITES SOCIALES EN SANTE RESTENT MARQUEES	48
2.1.1 <i>L'état de santé des enfants et des adolescents en France est globalement bon mais marqué par de fortes inégalités sociales.....</i>	48
2.1.2 <i>Les dispositifs de suivi et de prévention des enfants et des adolescents se renforcent, mais ils ne sont pas universels, et forment un système peu lisible pour les parents</i>	50
2.2 LE RECOURS CROISSANT AUX URGENCES HOSPITALIERES DES ENFANTS, EN PARTICULIER POUR LES JEUNES ENFANTS, TEMOIGNE D'UN REPORT SUR L'HOPITAL ET DE NOUVEAUX BESOINS DE SANTE	56
2.2.1 <i>Le recours aux urgences des enfants est élevé et n'est pas toujours pertinent</i>	56
2.2.2 <i>Plusieurs expérimentations ont été développées pour limiter le recours injustifié aux urgences des enfants et répondre aux besoins des parents</i>	57
2.3 LES PROBLEMATIQUES SPECIFIQUES DES ENFANTS VULNERABLES ET DES ENFANTS MALADES POURRAIENT ETRE MIEUX PRISES EN CHARGE PAR LE SYSTEME DE SANTE	59
2.3.1 <i>Des politiques sont mises en place au profit de la santé de certains enfants vulnérables, mais un enjeu d'accès aux soins demeure pour certaines populations</i>	59
2.3.2 <i>Les enfants malades et leurs familles ont des besoins particuliers, qui pourraient être mieux pris en compte</i>	62

2.4	LES ACTEURS DE SANTE DE L'ENFANT SONT INSUFFISAMMENT COORDONNES, AU DETRIMENT DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET DE L'EFFICIENCE DU SYSTEME	65
2.4.1	<i>La gradation des soins hospitaliers est encore insuffisante.....</i>	65
2.4.2	<i>L'offre de santé de ville reste éclatée et l'articulation ville/ hôpital est insuffisante, même si le développement des CPTS devrait favoriser des relations plus structurées.....</i>	66
2.4.3	<i>Les agences régionales de santé jouent un rôle important pour impulser les coordinations, et au-delà pour structurer l'offre de santé.....</i>	68
3	SCHEMA-CIBLE ET RECOMMANDATIONS POUR CLARIFIER LE ROLE DES ACTEURS DE SANTE DE L'ENFANT, VALORISER LEUR EXERCICE ET REpondre AUX BESOINS DE SANTE DE L'ENSEMBLE DES ENFANTS.....	70
3.1	LES COMPETENCES DES PROFESSIONNELS DE SANTE DE L'ENFANT EN VILLE DOIVENT ETRE CLARIFIEES ET RENFORCEES POUR PERMETTRE UN SUIVI UNIVERSEL ET UNE PREVENTION RENFORCEE	71
3.1.1	<i>Enrichir l'offre de soins de santé de l'enfant en ville en s'appuyant sur les infirmières puéricultrices et développer la prévention dans une approche populationnelle.....</i>	71
3.1.2	<i>Identifier le rôle du médecin généraliste auprès des enfants et valoriser l'expertise du pédiatre de ville.....</i>	75
3.1.3	<i>Renforcer la PMI et la santé scolaire</i>	79
3.2	LA PEDIATRIE HOSPITALIERE ET LA CHIRURGIE PEDIATRIQUE DOIVENT ETRE RECENTREES SUR LEUR ROLE D'EXPERTISE ET DE RECOURS, AVEC DES EQUIPES MEDICALES ET PARAMEDICALES RENFORCEES	80
3.2.1	<i>Recentrer la pédiatrie hospitalière et la chirurgie pédiatrique sur leur rôle de recours.....</i>	80
3.2.2	<i>Renforcer l'attractivité de la pédiatrie hospitalière et de la chirurgie pédiatrique, en particulier dans les centres hospitaliers.....</i>	83
3.2.3	<i>Renforcer les équipes paramédicales en pédiatrie et en chirurgie pédiatrique et valoriser l'exercice hospitalier des infirmières puéricultrices et des auxiliaires de puériculture</i>	84
3.2.4	<i>Garantir le respect des droits des enfants malades et de leur famille.....</i>	86
3.2.5	<i>Rapprocher la pédopsychiatrie et la pédiatrie notamment pour les urgences, la médecine de l'adolescent et la prise en charge des troubles du développement</i>	86
3.3	PROPOSITION DE SCHEMA-CIBLE DE L'ORGANISATION DES SOINS DE SANTE DE L'ENFANT	87
3.4	LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA-CIBLE SUPPOSE DES EVOLUTIONS IMPORTANTES EN TERMES DE FORMATION DES PROFESSIONNELS	92
3.4.1	<i>Rénover et adapter la formation des puéricultrices : un impératif et une urgence</i>	92
3.4.2	<i>Renforcer la formation des médecins généralistes à la santé de l'enfant et créer une option « Santé de l'enfant »</i>	93
3.4.3	<i>Adapter et renforcer la formation continue des pédiatres de ville pour accompagner le positionnement en second recours.....</i>	94
3.4.4	<i>Renforcer les compétences pédiatriques des autres professionnels de santé (chirurgie adulte, médecins anesthésistes, infirmiers généralistes, ...).....</i>	95
3.5	LES COOPERATIONS TERRITORIALES DOIVENT SE GENERALISER POUR ORGANISER LES PARCOURS DE SOINS PEDIATRIQUES ET GARANTIR LE SUIVI DE L'ENSEMBLE DES ENFANTS	96
3.5.1	<i>Développer la coopération entre les professionnels de santé de l'enfant ambulatoires en s'appuyant sur les communautés professionnelles territoriales de santé.....</i>	96
3.5.2	<i>Renforcer la coopération ville/ hôpital pour l'organisation du parcours de soins des enfants et la prise en charge des soins non programmés.....</i>	98
3.5.3	<i>Développer les outils informatiques au service de la santé de l'enfant</i>	99
3.5.4	<i>Renforcer les politiques des ARS en matière de santé de l'enfant, notamment en accordant une place plus importante à la santé de l'enfant dans les projets régionaux de santé.....</i>	100
	LETRE DE MISSION	101
	ANNEXE 1 : PANORAMA DE LA PEDIATRIE ET DE LA CHIRURGIE-PEDIATRIQUE.....	103
	ANNEXE 2 : LES MAQUETTES DU 3EME CYCLE DE FORMATION EN MEDECINE – SANTE DE L'ENFANT.....	165
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	169
	BIBLIOGRAPHIE.....	179
	SIGLES UTILISES	183

RAPPORT

Introduction

[35] Par lettres en date du 29 septembre 2020, le ministre des solidarités et de la santé a saisi l'IGAS d'une mission portant sur la pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France, et a sollicité la professeure Brigitte CHABROL, présidente du CNP de pédiatrie, pour apporter son expertise en appui à la mission.

[36] Compte-tenu du caractère très ouvert de la lettre de mission, la mission a centré ses investigations sur quatre domaines :

1/ L'évolution des missions des acteurs de la santé de l'enfant, et notamment la place du pédiatre de ville ;

2/ La gradation des soins, entre la ville et l'hôpital et au sein de l'hôpital ;

3/ La coordination des prises en charge entre la ville et l'hôpital ;

4/ La formation initiale et continue des professionnels de santé prenant en charge exclusivement ou pour une part de leur exercice la santé des enfants.

[37] L'étendue de ce périmètre a amené la mission à ne pas conduire d'investigations spécifiques sur la PMI, la santé scolaire, la santé mentale et la pédopsychiatrie, ni sur le champ médico-social. Toutefois, la mission a étudié l'articulation entre la pédiatrie et ces différents champs ; elle se réfère également aux rapports récents sur ces structures de prise en charge spécifiques. Par ailleurs, la mission n'a pas non plus étudié spécifiquement le champ de la maternité et de la périnatalité (ni celui de la réanimation néonatale), compte-tenu de l'existence d'organisations spécifiques sur le sujet et des travaux en cours sur les 1000 premiers jours.

[38] On rappelle qu'on distingue différents âges chez l'enfant : le nouveau-né (de 0 à 28 jours), le nourrisson (de 29 jours à 23 mois) et l'adolescent (de 10 à 19 ans selon l'OMS).

[39] La mission s'est appuyé sur une riche documentation détaillée dans la bibliographie, et plus particulièrement sur le rapport du Pr. Sommelet sur la santé de l'enfant et de l'adolescent qui, bien que datant de 2006, constitue une référence dans le domaine et avait un objet proche de celui de la mission.

[40] La mission a conduit près de 60 entretiens à l'échelle nationale, consultant notamment les représentants de la pédiatrie, de la chirurgie pédiatrique, de la médecine générale, et d'autres professions médicales ou paramédicales exerçant auprès des enfants (en particulier les infirmières puéricultrices et les auxiliaires de puériculture). L'ensemble de ces entretiens a été mené en visioconférence, compte-tenu du contexte de l'épidémie de COVID, à l'exception des déplacements territoriaux.

[41] La mission s'est ainsi déplacée dans deux régions, l'Île-de-France et les Pays de la Loire, échangeant avec les ARS, les pédiatres en établissements hospitaliers et en ville, et les porteurs de projets autour de la santé de l'enfant. Des initiatives locales d'autres régions ont aussi fait l'objet d'entretiens dédiés (en visioconférence).

[42] Enfin, la mission s'est inspiré des exemples étrangers en matière d'organisation des soins pédiatriques. A cette fin, elle a échangé avec M. Lionel CARMANT, vice-ministre en charge de la santé au Québec, ainsi qu'avec des pédiatres libéraux et hospitaliers siégeant dans les instances européennes de pédiatrie.

[43] Les deux premières parties du rapport présentent les constats de la mission, relatifs aux professionnels de santé de l'enfant (partie 1) et à l'offre en santé de l'enfant dans son ensemble (partie 2). La mission présente ses recommandations, et propose notamment un nouveau schéma cible d'organisation des soins de santé de l'enfant dans la troisième partie du rapport. Enfin, le rapport est complété par deux annexes : l'une détaille la situation de la pédiatrie et de la chirurgie pédiatrique, dont les principales conclusions sont présentées dans la première partie ; la seconde annexe présente les formations de troisième cycle des spécialités médicales évoquées dans le rapport.

1 Les professionnels de santé de l'enfant : croissance et spécialisation à l'hôpital, déclin de l'offre médicale en ambulatoire, sous-utilisation des professions paramédicales

[44] L'annexe 1 dresse un panorama de la pédiatrie et de la chirurgie pédiatrique à partir des données disponibles sur ces professions. La partie 1.1 du rapport en constitue une synthèse.

1.1 La pédiatrie connaît une évolution très contrastée : un exercice libéral en crise, une pédiatrie hospitalière en croissance, qui se surspécialise

[45] Spécialité médicale individualisée en 1947, la pédiatrie vise à assurer une prise en charge globale de l'enfant et de l'adolescent, dans son environnement affectif, scolaire et socio-culturel. Elle se caractérise par la diversité de son champ d'action : surveillance, prévention, dépistage ou repérage, conseils éducatifs ou prise en charge des maladies aiguës et chroniques.

[46] Au cours des dernières décennies, le visage de la pédiatrie s'est totalement modifié du fait de l'identification croissante de maladies rares ou génétiques, de la prise en charge spécialisée de pathologies aiguës banales ou graves, de la prise en charge de pathologies complexes ou chroniques spécifiques à l'enfant, de la disparition de certaines maladies, et de l'allongement de la durée de vie pour d'autres. Cela s'est traduit par le développement de nombreuses surspécialités pédiatriques (néonatalogie, réanimation pédiatrique, neuropédiatrie, pneumo-pédiatrie, endocrino-pédiatrie,...), dont certaines font l'objet d'une qualification par une option depuis la réforme du troisième cycle en 2017.

1.1.1 Les effectifs de pédiatres augmentent, mais la densité de pédiatres est plus faible en France qu'à l'étranger et l'attractivité de la spécialité décline

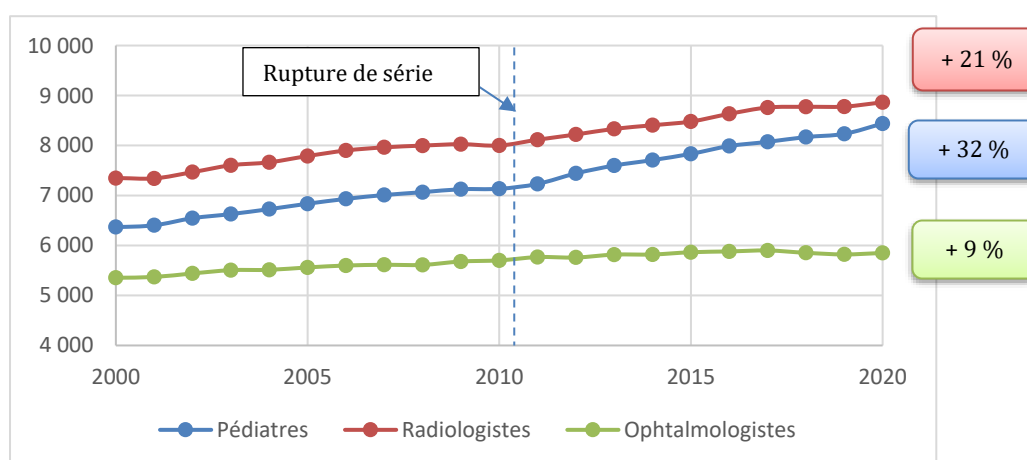
1.1.1.1 La pédiatrie est en croissance démographique, mais sa densité reste faible par rapport aux autres pays de l'OCDE

[47] La France compte environ 8500 pédiatres en 2020³, dont 53 % (4492) exercent exclusivement en tant que salariés à l'hôpital, 25 % (2067) exercent exclusivement en libéral, 13 % (1084) ont un exercice mixte (salarié et libéral), et 9 % (796) sont salariés (pour tout ou partie de leur activité) en dehors de l'hôpital⁴.

[48] Le nombre de pédiatres est en hausse sur les dernières décennies : il a progressé de 32 % depuis 1999 (on comptait alors 6381 pédiatres), soit une croissance d'1 % par an. Si l'on rapporte les effectifs de pédiatres à la population d'enfants, la hausse est également régulière sur les 20 dernières années : en 1999, on comptait 57,5 pédiatres pour 100 000 enfants de moins de 15 ans ; en 2010, le ratio s'élevait à 61,8, puis à 73,9 en 2020. La hausse du nombre de pédiatres est plus importante que celle d'autres spécialités médicales à effectifs comparables, tels que les ophtalmologistes et les radiologistes, comme en atteste le graphique ci-après.

[49] Toutefois, le constat d'une hausse des effectifs de pédiatres ne tient pas compte de l'évolution du temps de travail des médecins, qui tend à diminuer.

Graphique 1 : Evolution de la démographie des pédiatres, des radiologistes et des ophtalmologistes entre 2000 et 2020



Source : DREES

[50] La croissance démographique des pédiatres, qui devrait se poursuivre dans les années à venir, est principalement liée à trois facteurs :

- La hausse du nombre d'internes en pédiatrie : le nombre de postes offerts est passé de 196 en 2004 à 328 en 2020 ;

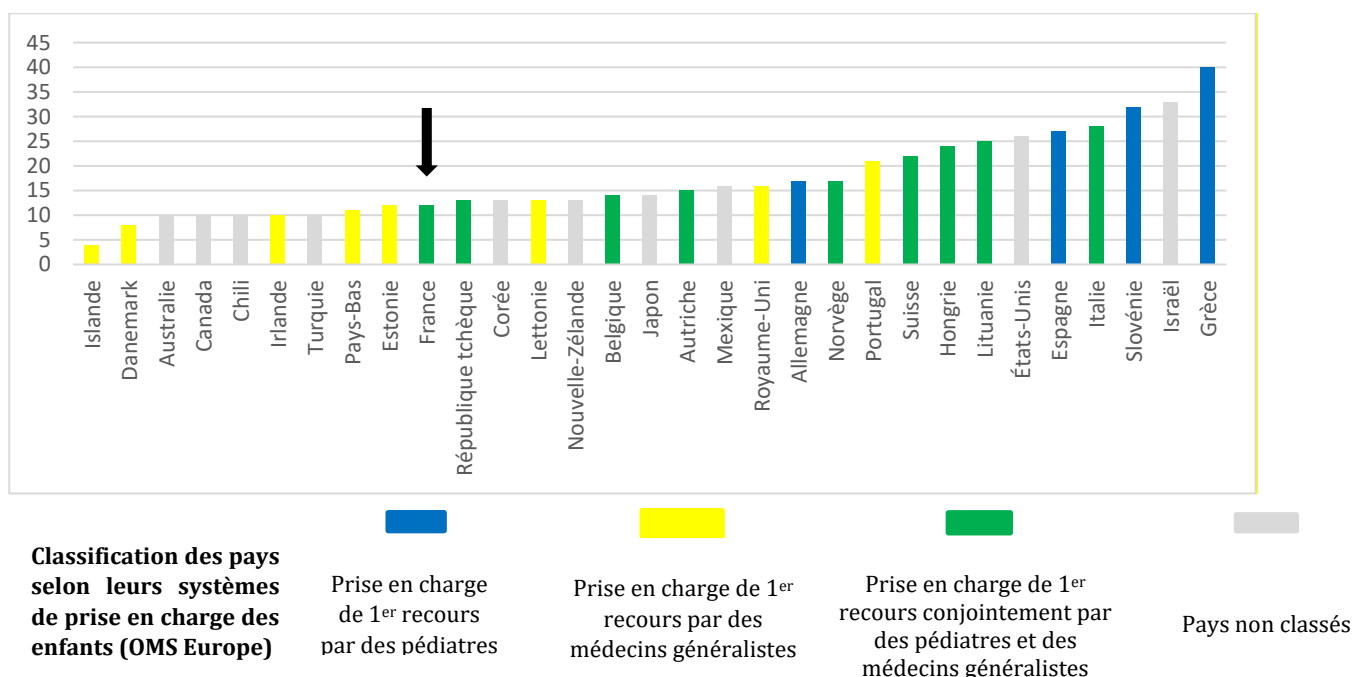
³ 8543 pédiatres d'après l'Ordre des médecins ; 8439 d'après la DREES. Les pourcentages qui suivent correspondent aux chiffres de la DREES.

⁴ La catégorie « Salarié en dehors de l'hôpital » regroupe les pédiatres dont toutes les activités sont salariées, dont au moins une en dehors de l'hôpital.

- La cessation d'activité plus tardive des pédiatres, portée notamment par le développement du cumul emploi retraite. Celui-ci a doublé entre 2010 et 2020, et concerne 611 pédiatres en 2020 ;
- Les installations de pédiatres diplômés à l'étranger (environ 60 par an sur la période 2016-2019).

[51] Malgré cette dynamique de croissance démographique, la France est peu dotée en pédiatres en comparaison avec les pays de l'OCDE : la densité de pédiatres par rapport à la population est la 22^{ème} sur 31 pays, avec une densité presque quatre fois inférieure à la Grèce (pays le plus dense en pédiatres). La comparaison reste défavorable même lorsqu'elle est ciblée sur les pays ayant un système de prise en charge des enfants comparable au nôtre, avec une prise en charge de premier recours assurée conjointement par des pédiatres et des médecins généralistes.

Graphique 2 : Nombre de pédiatres pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE en 2018, selon le système de soins pédiatriques



Source : Données de densités issues de l'OCDE ; classification des systèmes pédiatriques par l'OMS Europe (rapport Situation of child and adolescent health in Europe 2018)

1.1.1.2 La pédiatrie se féminise et rajeunit dans son ensemble

[52] En 2020, 71 % des pédiatres sont des femmes, contre 63 % en 2012. Parmi les pédiatres de moins de 35 ans, 86 % sont des femmes. La profession est sensiblement plus féminisée que la moyenne des médecins (47 % de femmes en 2020).

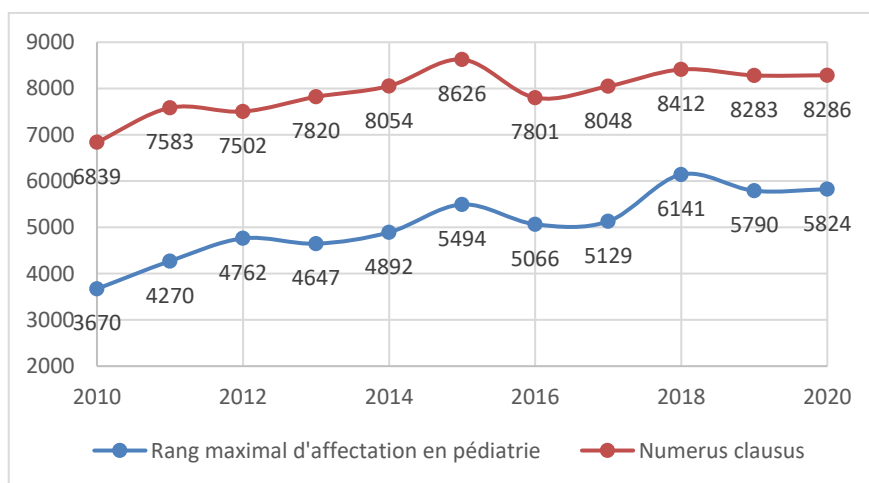
[53] Les pédiatres sont âgés en moyenne de 48,9 ans (contre 50,7 ans pour les spécialistes en moyenne et 51,1 ans pour les médecins généralistes). L'âge moyen des pédiatres dans leur ensemble diminue : ainsi, en 2012, celui-ci s'élevait à 50,1 ans.

1.1.1.3 L'attractivité de la pédiatrie décline

[54] La pédiatrie est une spécialité relativement attractive. En effet, tous les postes ouverts en pédiatrie à l'issue des examens classant nationaux (ECN) sont pourvus sur les dernières années.

[55] Toutefois, l'attractivité de la pédiatrie décline auprès des étudiants, comme en atteste l'augmentation du rang maximal d'affectation depuis 2010. En 2010, l'ensemble des postes était pourvu à la moitié du classement (le dernier étudiant choisissant le DES de pédiatrie était alors situé à 54 % du classement); en 2020, le dernier choix du DES de pédiatrie était positionné à hauteur de 70 % du classement.

Graphique 3 : Rang maximal du choix de la spécialité de pédiatrie à l'issue des ECN et numerus clausus entre 2010 et 2020



Source : Medshake.net

[56] Selon les interlocuteurs de la mission, cette attractivité déclinante s'explique par la durée longue (5 ans depuis 2017) et l'intensité du troisième cycle de pédiatrie, par la charge élevée de permanence des soins et de continuité des soins (liées aux gardes au sein des urgences pédiatriques et dans les maternités), par la faible attractivité de l'exercice libéral en pédiatrie (notamment en termes de rémunération), et par des relations avec les familles qui se complexifient.

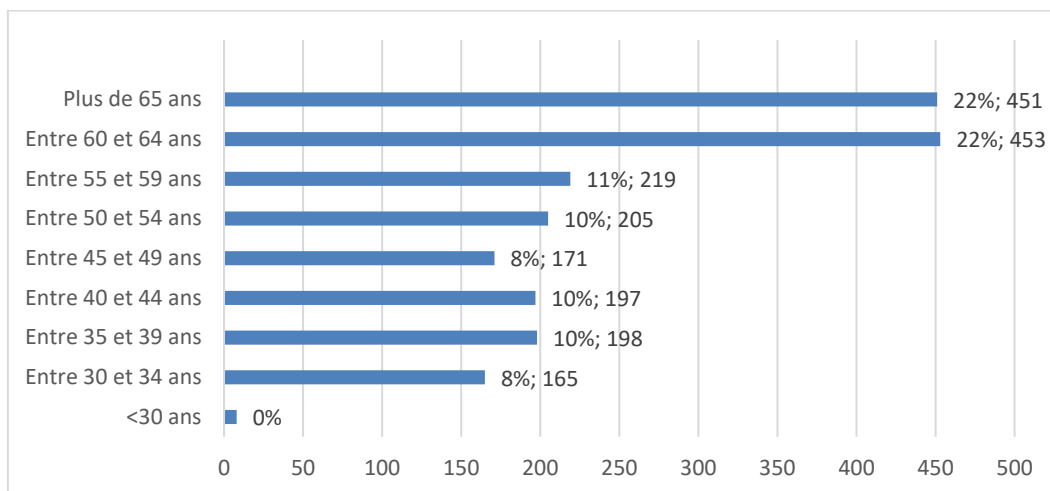
1.1.2 La pédiatrie libérale traverse une crise démographique et identitaire et se caractérise par de fortes inégalités géographiques

1.1.2.1 La démographie très préoccupante de la pédiatrie libérale, en particulier de secteur 1, pose la question de l'égalité sociale d'accès aux soins

[57] La hausse du nombre de pédiatres masque de forts contrastes selon les modes d'exercice. En effet, si le nombre de pédiatres du secteur hospitalier a fortement augmenté (+80 % entre 1999 et 2020, soit +2,1 % par an), l'exercice en secteur libéral ou mixte n'a augmenté que de 5 % sur la même période (soit une hausse de 0,2 % par an). Sur une période plus récente (2012-2020), on constate même une diminution marquée du nombre de pédiatres exerçant à titre exclusif en libéral, qui a chuté de 15 % (soit une baisse de 3 % par an). A l'inverse, sur la même période, l'exercice mixte est en forte hausse (+80 %).

[58] Le déclin de l'exercice libéral chez les pédiatres est plus marqué que pour la moyenne des médecins libéraux (dont l'exercice libéral exclusif a diminué de 9 % sur la période). La pyramide des âges des pédiatres libéraux laisse présager une accentuation de cette tendance dans les prochaines années, puisque 44 % des pédiatres libéraux ont plus de 60 ans.

Graphique 4 : Répartition des pédiatres libéraux (exercice exclusif) par tranches d'âge en 2020



Source : DREES

[59] La démographie des pédiatres conventionnés en secteur 1 (qui représentent 62 % des pédiatres libéraux en 2018) se dégrade particulièrement. D'après les données de l'assurance maladie, le nombre des pédiatres libéraux de secteur 2 augmente (+9 % entre 2010 et 2016), alors que celui des pédiatres de secteur 1 diminue notablement (-15 % sur la même période).

[60] Cela pose une question majeure d'accès au pédiatre pour les catégories sociales les moins favorisées et dans certains territoires (du fait des inégalités territoriales marquées, cf. partie 1.1.2.3 infra). Ainsi, des parents témoignent de difficultés à trouver un pédiatre dans certains départements, de délais parfois élevés pour obtenir des rendez-vous, ou encore du frein économique liés au coût des consultations⁵.

1.1.2.2 La pédiatrie libérale est faiblement attractive, notamment en raison d'un niveau de rémunération plus faible que les autres spécialités médicales

[61] La faible attractivité financière de la pédiatrie libérale, comparée aux autres spécialités médicales, constitue l'un des facteurs de cette crise démographique. Les pédiatres se situent en bas de l'échelle des revenus des médecins libéraux, avec un revenu libéral inférieur à celui des médecins généralistes, comparable à celui des psychiatres. Leur rémunération a diminué entre 2005 et 2014 (de 0,7 % par an), mais celle-ci progresse légèrement depuis 2017, portée par deux évolutions introduites par la convention médicale de 2016 :

- La revalorisation de certaines cotations, notamment les examens obligatoires du nourrisson du 8^{ème} jour, du 9^{ème} mois et du 24^{ème} mois ;

⁵ Enquête flash menée par l'UNAF auprès des parents en novembre 2020

- la création d'une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) liée au statut de médecin traitant de l'enfant⁶ (créé par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016). En 2019, 1614 pédiatres ont perçu cette rémunération supplémentaire, pour un montant annuel de 881 euros⁷.

[62] Selon les pédiatres rencontrées par la mission, la cotation des actes, défavorable au regard de la longueur des consultations, ainsi que l'absence d'actes techniques pratiqués expliquent le niveau de rémunération plus faible que les autres spécialités⁸. D'après la DREES⁹, des facteurs plus structurels (population très féminisée et âgée) expliquent également une partie de l'écart, les femmes et les médecins âgés ayant un niveau d'activité moins élevé.

[63] La faible proportion de stages réalisés par les internes de pédiatrie en cabinet libéral¹⁰ et la méconnaissance de l'exercice libéral qui en résulte expliqueraient également la faible attractivité de la pédiatrie libérale auprès des jeunes générations.

1.1.2.3 La répartition géographique des pédiatres libéraux est très inégalitaire

[64] Les inégalités de densité de pédiatres libéraux (en exercice exclusif ou mixte) sont importantes entre les départements, comme l'illustre la carte présentée à la page suivante.

[65] 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).

[66] Les inégalités tendent à s'accroître. Si les effectifs libéraux (en exercice exclusif ou mixte) progressent de 3 % sur la période à l'échelle nationale, 56 départements voient leurs effectifs de pédiatres diminuer sur la période.

[67] Les travaux réalisés par la DREES¹¹ indiquent que cette situation de répartition inégalitaire est partagée par les autres spécialités libérales en accès direct, et que la pédiatrie se situe en position intermédiaire par rapport à 9 autres spécialités étudiées. Les médecins spécialistes sont

⁶ Le statut de médecin traitant de l'enfant a été créé par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, pour les enfants jusque 16 ans. Le médecin traitant de l'enfant peut être aussi bien un généraliste qu'un pédiatre. En 2019, la rémunération sur objectifs de santé publique liée au médecin traitant de l'enfant était perçue par 42 573 médecins généralistes, contre 1614 pédiatres. Source : dossier de presse de la CNAM sur la rémunération sur objectifs de santé publique en 2019, 17 avril 2020

⁷ Le montant de la ROSP du médecin traitant de l'enfant reste largement inférieur à la ROSP pour médecins traitants de l'adulte (plus ancienne), qui conduit au versement de près de 5000 euros en moyenne par an aux médecins généralistes. La ROSP des cardiologues et des gastroentérologues, créées depuis peu, conduisent au versement respectif de 2124 € et 1417 € annuels en moyenne en 2019.

⁸ D'après les données de la CARMF, les revenus issus de l'activité libérale (bénéfices non commerciaux) s'élevaient à 70 134 € pour les pédiatres, contre 75 523 euros pour les médecins généralistes et 92 807 € pour les médecins libéraux. Ces données n'intègrent toutefois pas les revenus salariés que les médecins libéraux peuvent avoir par ailleurs. Les données de la DREES (Etudes et résultats n°1022, 2017) qui intègrent l'ensemble des revenus des médecins (libéraux et salariés) confirment qu'en 2014, les revenus des pédiatres (85 670 €) étaient inférieurs à ceux des médecins généralistes (86 150 €) et à la moyenne des autres spécialistes (140 610 €).

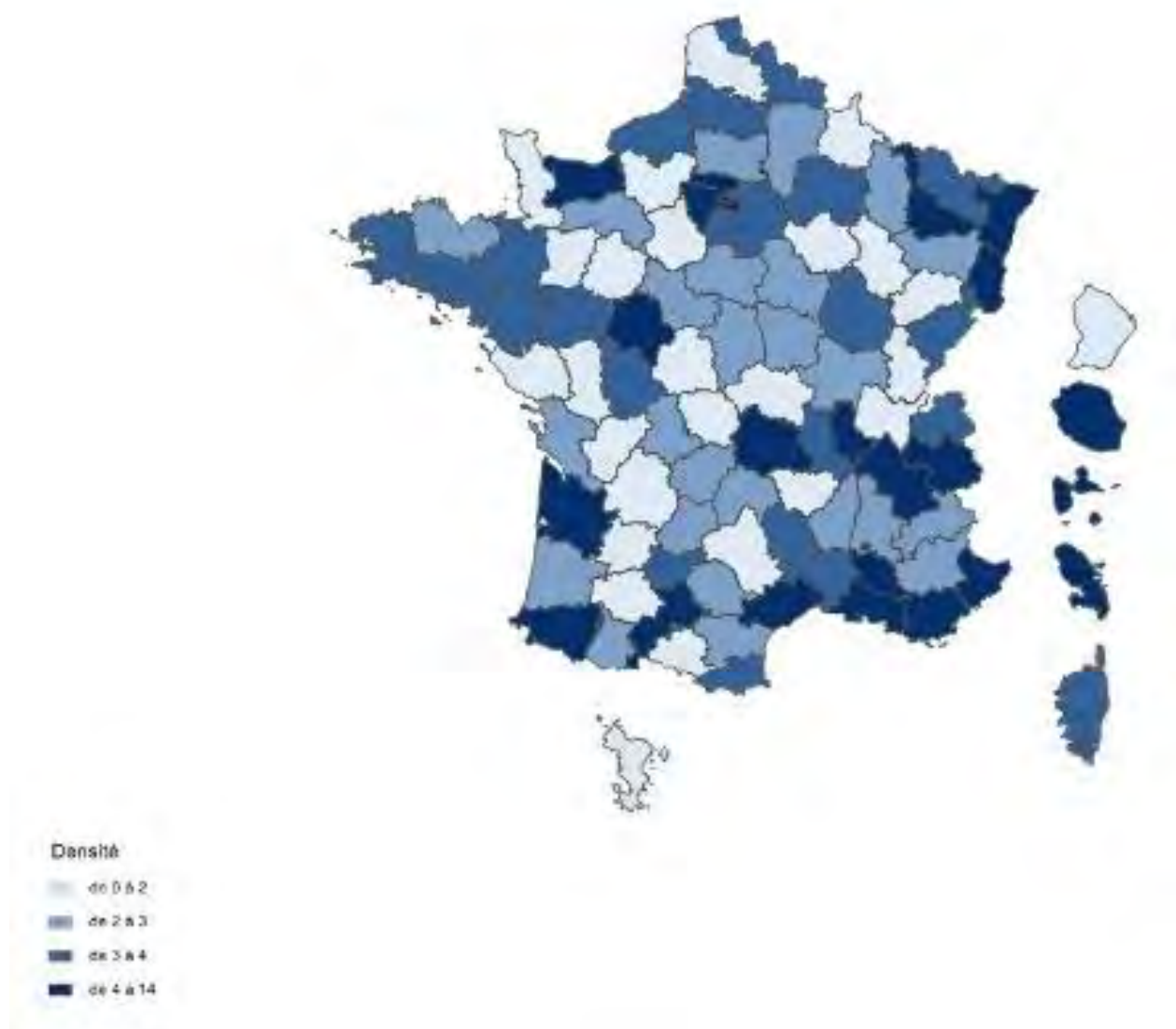
⁹ Données DREES, « Médecins libéraux : une hausse modérée de leurs revenus entre 2011 et 2014 », ER n°1022, septembre 2012

¹⁰ Depuis 2011, 326 étudiants en DES de pédiatrie ont effectué un stage en cabinet libéral, soit une trentaine par an. En 2020, environ 150 pédiatres libéraux étaient reconnus maîtres de stage, pouvant de ce fait encadrer des DES ayant validé leur quatrième semestre. Données de l'association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA, 2020)

¹¹ Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités " variables selon les conditions tarifaires", DREES, Etudes et résultats n°0970, 2016 ; « Médecine spécialisée et second recours : dossier statistique de la DREES – Avis du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ; Avis « Organiser la médecine spécialisée et le second recours », 2017

essentiellement concentrés dans les grands pôles, tandis que l’accessibilité est ensuite d’autant plus faible que l’on s’éloigne des pôles et que les pôles sont de moindre importance.

Carte 1 : Densité de pédiatres libéraux pour 100 000 habitants en 2020, par département



Source : Données DREES, mise en forme IGAS

1.1.2.4 Le mode d’exercice des pédiatres libéraux évolue moins vite que d’autres spécialités médicales

[68] Comme pour les autres spécialités médicales, et en particulier la médecine générale, le statut de remplaçant se développe rapidement pour l’exercice de la pédiatrie en ville (il représente 14 % de l’activité libérale en 2020 contre 5 % en 2012). En revanche, les pédiatres libéraux participent de manière très progressive aux autres évolutions contemporaines de la médecine de ville :

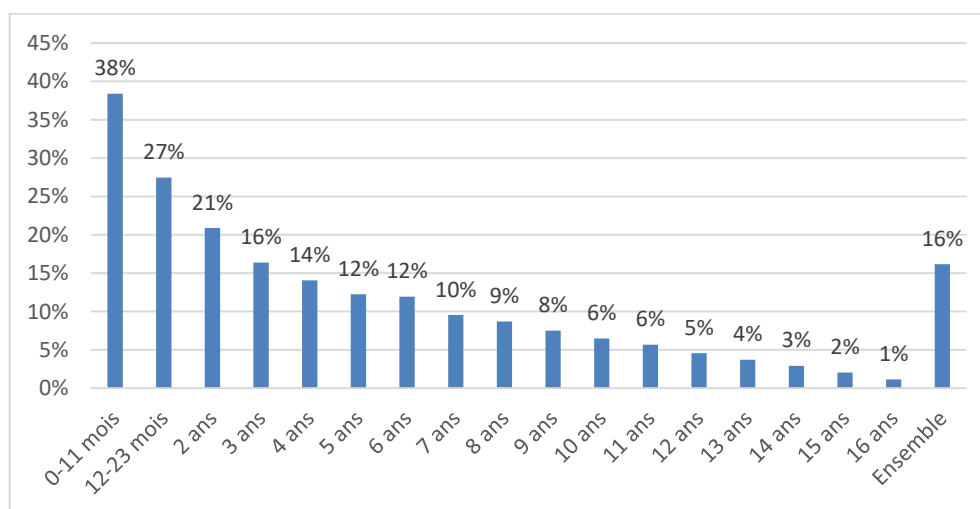
- L’exercice en groupe reste minoritaire et progresse faiblement chez les pédiatres (de 44 % en 2012 à 46 % en 2020), alors qu’il est majoritaire chez les médecins généralistes, et très développé pour certaines spécialités dotées de plateaux techniques telles que la radiologie ou la chirurgie ;

- L'exercice pluri-professionnel et coordonné est très peu fréquent (48 pédiatres exercent en MSP, 4 sont intégrés à une CPTS¹²) ;
- Les pédiatres ont encore peu recours au dispositif de financement d'assistants médicaux proposé par l'assurance maladie depuis 2019¹³. 23 pédiatres y ont recours en 2020, contre environ 850 médecins généralistes. L'exercice en binôme avec un assistant médical est pourtant plébiscité par les pédiatres concernés, et semble très prometteur pour un gain de temps médical et une amélioration des services aux patients (voir l'encadré sur le bilan de l'emploi d'un assistant médical par un pédiatre à la partie 3.1.1.2).

1.1.2.5 Les pédiatres libéraux, très majoritairement positionnés en premier recours, suivent de moins en moins d'enfants et traversent une crise identitaire

[69] En 2018, les pédiatres assuraient 16 % des consultations des enfants de moins de 16 ans (contre 84 % pour les généralistes). Cette proportion varie fortement selon l'âge des enfants et décline au fil des années : les pédiatres assurent 38 % des consultations des enfants de moins d'un an, 27 % pour les enfants d'un an, 12 % pour les enfants de 6 ans.

Graphique 5 : Proportion des consultations des enfants de moins de 16 ans assurées par les pédiatres par rapport aux médecins généralistes, par tranche d'âge, en 2018



Source : Assurance maladie, données SNIIRAM

Lecture : en 2018, les pédiatres assuraient 38 % des consultations des enfants de 0 à 11 mois ; les médecins généralistes en réalisaient 62 %.

¹² Données assurance maladie qui concernent les structures conventionnées

¹³ Le financement prévu par l'avenant 7 à la convention médicale couvre entre 1/3 d'ETP et 1 ETP d'assistant médical (en fonction de la démographie médicale de la zone d'exercice), et décroît dans le temps. A titre d'exemple, dans les zones les moins denses, 36 000 € peuvent être financés la première année pour un assistant médical à plein temps, puis 27 000 € la deuxième année et 21 000 € la troisième année et les suivantes.

L'aide financière est accordée pour 5 ans sous les conditions suivantes : pour les médecins exerçant en secteur 1 ou en secteur 2 adhérent à l'Optam ; exerçant en mode regroupé (avec une dérogation pour les médecins en zone sous-dense) ; - s'inscrivant dans une démarche d'exercice coordonné (MSP, CPTS...) ou s'engageant à le faire dans les 2 ans ; avec une file active suffisante.

[70] La proportion d'enfants suivis par des pédiatres a décliné dans le temps : le rapport Sommelet¹⁴ de 2006 fait ainsi état de 50 à 60 % d'enfants de moins de deux ans suivis par le pédiatre, et 20 % des enfants de plus de deux ans.

[71] Les pratiques des pédiatres et des médecins généralistes pour les consultations des enfants diffèrent toutefois, d'après une étude de l'assurance maladie de 2012¹⁵ :

- Le principal motif de consultation chez les pédiatres est préventif (plus d'un tiers des consultations concerne le suivi du développement, d'une durée plus longue), alors que les 2/3 des consultations des enfants auprès des médecins généralistes concernent des maladies aiguës (d'une durée plus courte) ;
- Les pédiatres assurent moins de consultations de suivi de patients atteints de pathologies chroniques en ALD (environ 10 % des consultations) que les généralistes (20 % des consultations auprès des enfants suivis), et que la moyenne des autres médecins spécialistes (47 %).

[72] Les pédiatres libéraux avec lesquels la mission a pu échanger soulignent la situation de crise traversée par leur profession. Le recul démographique des pédiatres contribue en effet à questionner le rôle et le positionnement des pédiatres en ville, à deux titres :

(i) Le positionnement quasi-exclusivement en premier recours

[73] Les pédiatres jouent très peu de rôle de deuxième recours pour les médecins généralistes, malgré une formation à la médecine de l'enfant beaucoup plus longue et spécialisée. Ces derniers adressent les enfants de manière privilégiée vers les pédiatres hospitaliers, par crainte d'une captation de patientèle par les pédiatres libéraux, et du fait de manque de pédiatres sur certains territoires. La coordination entre les deux spécialités reste très rare, comme en témoigne le fait que les pédiatres exercent très peu en MSP ou participent encore peu aux CPTS. D'après les témoignages des acteurs, il en résulte un positionnement relativement concurrentiel entre pédiatrie et médecine générale et un système peu lisible pour les parents, qui confondent les rôles des deux acteurs.

[74] Inversement, les pédiatres de ville jouent peu de rôle de recours pour les hôpitaux, notamment pour le suivi des maladies chroniques, aujourd'hui assuré quasi-exclusivement par les établissements hospitaliers, en dépit de la formation spécialisée de certains pédiatres. Ceci est regrettable pour tous les acteurs :

- Les patients, dont la prise en charge peut être retardée et dont la prise en charge à l'hôpital peut être plus éloignée de leur domicile ;
- Les pédiatres de ville, dont les compétences ne sont pas mises à profit dans une logique de subsidiarité ;
- Les établissements hospitaliers, qui assurent tant le deuxième recours que le troisième recours, sont sursollicités, pour certaines pathologies, et ne peuvent se centrer sur leur domaine d'expertise très spécialisé, dans une logique de gradation des soins.

¹⁴ "L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé", Pr Danièle Sommelet, 2006

¹⁵ Données issues d'une enquête CCAM de 2012 – le taux de réponse des pédiatres s'élevait à 49 %, celui des médecins généralistes à 20 %

[75] Les pédiatres installés en second recours (surspécialistes installés en libéral dans les grandes villes) témoignent de relations plus fluides avec les médecins généralistes, qui adressent alors naturellement vers les pédiatres surspécialisés.

(ii) Le rôle actuel de suivi préventif pour l'ensemble des enfants

[76] Les pédiatres jouent actuellement un rôle préventif important, comme en témoigne la proportion de consultations préventives beaucoup plus élevée que les médecins généralistes. Pour autant, ils restent peu présents en PMI et extrêmement marginalement en médecine scolaire, qui sont pourtant deux institutions préventives essentielles (cf parties 1.2.1 et 1.2.2). De même, les pédiatres exercent relativement peu en établissements médico-sociaux¹⁶, notamment en Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), où la formation spécialisée des pédiatres est particulièrement utile.

[77] Compte-tenu de la démographie des pédiatres libéraux et de leur formation spécialisée, l'activité préventive des pédiatres pourrait être centrée sur les enfants à besoins particuliers (maladies chroniques, handicap, troubles du développement, troubles du spectre autistique, troubles de l'apprentissage ...).

[78] Les questionnements qui traversent la profession sont anciens, comme en témoigne le rapport Sommelet, qui appelait déjà en 2006 à repreciser le périmètre d'actions (devenu flou) du pédiatre de ville en fonction de ses missions et à clarifier les périmètres respectifs des missions des médecins généralistes et de celles des pédiatres.

1.1.3 La pédiatrie hospitalière connaît une croissance dynamique, tirée par la surspécialisation, mais certains services de centres hospitaliers sont peu attractifs

1.1.3.1 La pédiatrie hospitalière se spécialise en réponse aux progrès techniques, au développement des maladies chroniques et aux spécificités des maladies rares

[79] Le nombre de pédiatres exerçant à l'hôpital croît régulièrement depuis 1999. Il a progressé de 80 % depuis 1999, et de 26 % depuis 2012¹⁷. Les pédiatres exercent très majoritairement à l'hôpital public (89 à 90 % d'entre eux), tandis que 10 % pratiquent en établissement privé (lucratif ou non lucratif)¹⁸.

[80] Les pédiatres hospitaliers exercent au sein des centres hospitaliers (CH), dispensant principalement une offre de soins de deuxième recours (urgences, maternité et néonatalogie, prise en charge des pathologies aiguës et chroniques), et au sein de centres hospitalo-universitaires (CHU) et d'expertise jouant plus particulièrement un rôle de troisième recours, notamment pour les enfants présentant une maladie chronique ou rare.

[81] La croissance des pédiatres hospitaliers est tirée par le développement d'expertises pédiatriques, qui a accompagné les progrès considérables dans la prise en charge des enfants prématurés et des enfants souffrant de maladies rares et chroniques (dont le cancer). La hausse de l'espérance de vie des enfants atteints de maladies rares¹⁹ et de cancers, ainsi que la forte croissance

¹⁶ Le médico-social représente 6 % de l'activité des pédiatres selon la DREES. D'après l'ordre des médecins, 184 pédiatres exercent en CAMSP. L'IGAS recensait 0,30 ETP de pédiatre par CAMSP en moyenne en 2016 (Mission relative à l'évaluation du fonctionnement des CAMSP, CMPP et CMP-IJ, septembre 2018, 2018-005R).

¹⁷ Entre 2012 et 2020, le nombre de médecins hospitaliers, toutes spécialités confondues, a progressé de 16 %.

¹⁸ Données DREES 2018, SAE : 5032 praticiens hospitaliers, 647 praticiens libéraux

¹⁹ Les maladies rares concernent dans la moitié des cas des enfants de moins de 5 ans. Source des données DGOS (site internet du ministère)

des maladies chroniques chez les enfants (+23 % d'ALD chez les enfants de moins de 15 ans depuis 2012) augmentent les besoins de soins spécialisés. Ce mouvement de spécialisation croissante n'est pas propre à la pédiatrie, et concerne l'ensemble des disciplines médicales. Il n'est toutefois pas mesurable dans les statistiques publiques à l'heure actuelle, car les sur-spécialistes (neuropédiatres, pneumopédiatres, endocrinopédiatres, ...) ne sont pas identifiés.

[82] Même s'il n'existe pas de statistique nationale, les données locales et régionales recueillies par la mission confirment ce mouvement de spécialisation. Ainsi, une enquête réalisée en 2018 auprès de services hospitaliers de pédiatrie de 4 régions²⁰ indique que 98 % des services interrogés disposent de pédiatres spécialisés. La structuration des services de pédiatrie du CHU Marseille et de celui du CH de Toulon montrent une proportion de 80 % de pédiatres surspécialistes à Marseille et 45 % à Toulon.

[83] Toutefois, l'exercice d'une surspécialité est rarement exclusif : la grande majorité des pédiatres spécialisés (à l'exception de la néonatalogie) conservent un exercice de pédiatrie générale, notamment à travers les gardes aux urgences pédiatriques.

1.1.3.2 La réforme du diplôme d'études spécialisées de pédiatrie reflète la spécialisation croissante

[84] La réforme du troisième cycle en 2017 traduit pour la pédiatrie ce mouvement de spécialisation croissante, avec l'allongement de sa durée (de 4 à 5 ans), conformément aux recommandations européennes, et la création d'options et de formations spécialisées transversales (FST), débouchant sur la reconnaissance de surspécialités (détail dans le schéma ci-après).

²⁰ L'enquête a été réalisée par les services de pédiatrie du CHU de Nantes, du CHU La Timone à Marseille et du CHU Necker à Paris, auprès des services de pédiatrie des hôpitaux de 4 régions françaises (Bretagne, Ile-de-France, Pays-de-la-Loire et PACA). Les services d'urgences pédiatriques, de chirurgie pédiatrique, de soins intensifs et de réanimation, de néonatalogie et de soins de suite ont été exclus de l'enquête. Le taux de réponse de l'enquête est de 50 % (31 % en Bretagne, 43 % en PACA, 49 % en Ile-de-France et 77 % en Pays de la Loire).

Tableau 1 : Déroulé du 3^{ème} cycle de médecine pour les pédiatres depuis 2017

Phase socle	Phase d'approfondissement	Phase de consolidation	Options Correspond à 1 an de formation en pédiatrie	FST (formation spécialisée transversale) Correspond à 1 an de formation
1 an 2 en pédiatrie de préférence : - pédiatrie générale - UP - néonatalogie	3 ans - 1 pédiatrie générale - 1 néonatalogie - 1 UP ou réanimation pédiatrique ou SMUR ; - 1 de prise en charge des troubles développement et croissance (neurologie, endocrinologie, gastro-entérologie, troubles des apprentissages, médecine de l'adolescent) ; - 2 libres (dont un pouvant être exercé en libéral) ;	1 an (un an ou deux semestres)	4 options - néonatalogie, - neuropédiatrie, - pneumopédiatrie - réanimation pédiatrique	11 FST - cardiologie pédiatrique et congénitale - oncologie - douleur - maladies allergiques - médecine du sport - médecine scolaire - nutrition appliquée - pharmacologie médicale / thérapeutique - soins palliatifs - sommeil - urgences pédiatriques

Réglementation ²¹ ; Légende : A ou H : ambulatoire ou hospitalier ; UP : Urgences pédiatriques

1.1.3.3 L'attractivité de la pédiatrie tend à diminuer, en particulier dans les centres hospitaliers, en raison du poids de la permanence des soins

[85] La pédiatrie hospitalière reste globalement attractive, mais, d'après les interlocuteurs de la mission, cette attractivité diminue. Ainsi, le taux de vacance statutaire des praticiens hospitaliers en pédiatrie a progressé de 5 points entre 2009 et 2021, passant de 20 % à 25 %²², même s'il reste inférieur à la moyenne des spécialités médicales²³.

[86] La charge de continuité des soins et de permanence des soins, qui est élevée pour les pédiatres hospitaliers (gardes aux urgences pédiatriques qui peuvent être complétées par les astreintes dans les services de surspécialité en CHU et les gardes en maternité en CH), est fréquemment invoquée comme une des principales causes du déclin de l'attractivité de la pédiatrie. Ainsi, selon un rapport récent de l'IGAS sur la permanence des soins en établissement de santé²⁴, la pédiatrie est l'une des trois activités sous tension en la matière (avec l'anesthésie-réanimation et l'imagerie). La sollicitation croissante des urgences pédiatriques par les parents, sans que ce recours ne soit toujours justifié

²¹ Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine ; arrêté du 27 novembre 2017 modifiant l'arrêté du 12 avril 2017 et du 21 avril 2017 ; arrêté du 13 février 2020 modifiant l'arrêté du 21 avril 2017

²² Ces données de taux de vacance statutaire sont à interpréter avec précaution. Les postes vacants peuvent être occupés par des praticiens contractuels, le taux de vacance statutaire n'est donc pas le taux de vacance réel. Source : CNG

²³ Le taux de vacance statutaire des postes des praticiens hospitaliers à temps plein, pour l'ensemble des spécialités médicales, était de 29 % en 2019.

²⁴ « Rapport d'étape sur l'évaluation de la permanence des soins en établissement de santé », IGAS 2020-024R, 2021

médicalement, est également avancée par les pédiatres pour expliquer la perte d'attractivité des postes de pédiatrie en centres hospitaliers (et plus généralement de la pédiatrie).

[87] Les pédiatres hospitaliers soulignent aussi les difficultés suscitées par la saisonnalité marquée de l'activité, liées aux épidémies hivernales, qui accroissent les besoins en termes de lits et de personnels notamment paramédicaux. Celles-ci ont aussi été mises en exergue lors de la crise des services de réanimation pédiatrique en Ile-de-France fin 2019²⁵.

[88] L'inadaptation de la tarification des actes médicaux (et chirurgicaux) par rapport aux spécificités de la pédiatrie (notamment la durée des actes) est pointée par de nombreux acteurs. Pourtant, des adaptations tarifaires ont été mises en place pour intégrer le surcoût lié à l'âge des enfants.

[89] Ainsi, l'ATIH recense près de 175 groupes homogènes de séjour spécifiques aux enfants au sein de la tarification à l'activité. L'analyse des données transmises par l'ATIH (voir détail dans l'encadré ci-dessous) montre que pour ces GHS, la sous-valorisation des tarifs par rapport aux coûts est de 4 % en moyenne (9 % pour les actes chirurgicaux). Une partie des sous-valorisations concerne des actes de niveau 1, pour lesquels le sous-financement relève d'une stratégie de développement de l'ambulatoire.

[90] La CNAM dénombre quatre modificateurs²⁶ au sein de la classification commune des actes médicaux (CCAM, qui définit les tarifs des actes médicaux en ville et en libéral ainsi que des actes externes dans les établissements hospitaliers). Ces modificateurs permettent de majorer les tarifs pour la prise en charge d'enfants en deçà d'un certain âge (par exemple une majoration de 23 % pour la réalisation d'une anesthésie chez un patient de moins de 4 ans). Toutefois, aucune étude de coût spécifique à la pédiatrie (ni à la chirurgie pédiatrique) n'a été menée pour analyser si ces adaptations sont suffisantes pour couvrir les surcoûts pédiatriques.

²⁵ Le manque de lits en réanimation pédiatrique provoqué par l'épidémie de bronchiolite était notamment lié au manque de personnel paramédical formé à ces soins très complexes. Source : « Réanimation pédiatrique en Ile-de-France : note de conclusion de la mission flash », IGAS, 2019

²⁶ Majoration pour la réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins de 4 ans (+23 %) ; réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans (+49 %) ; réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée chez un patient de moins de un an, extraction d'un corps étranger œsophagien ou bronchique chez un patient de moins de 3 ans et réalisation d'un acte de médecine nucléaire chez un patient de moins de 3 ans (+25 %) ; réalisation d'un acte de restauration des tissus durs de la dent et/ou d'endodontie sur des dents permanentes chez un enfant de moins de 13 ans (+15 %).
Source : codes CCAM, CNAM

Les données de l'ATIH sur l'activité, les coûts et les tarifs des séjours hospitaliers des moins de 18 ans

L'exploitation des données fournies par l'ATIH confirme que la majorité de l'activité hospitalière concernant les moins de 18 ans est exercée dans le secteur public et privé non lucratif sauf pour la chirurgie où les deux secteurs font jeu égal. Ainsi, selon le fichier de comparaison des tarifs et des tarifs issus des coûts avec le typage des GHM, l'activité totale est respectivement de 430340 GHS (représentant un montant de recettes de 685 M€) pour le secteur ex DG et 64042 GHS (représentant un montant de recettes de 29,2 M€) pour le secteur ex OQN.

L'activité chirurgicale est très majoritaire dans le secteur ex OQN (54376 GHS sur les 64042 GHS totaux) alors qu'elle est minoritaire côté ex DG (60088 GHS sur 430340 GHS). L'activité est donc concentrée sur un faible nombre de GHS côté ex OQN (25 GHS) et beaucoup plus diversifiée côté ex DG (148 GHS).

S'agissant de la comparaison avec les coûts, l'ATIH recommande d'exclure un certain nombre de GHS pour lesquels les données issues des ENC 2016 à 2018 sont de mauvaise qualité, même après redressement. Après cette exclusion, il reste 128 GHS côté ex DG. Pour ces GHS, la sous valorisation par rapport au tarif issu des coûts est de -3,95 % en moyenne. Si l'on se concentre sur les 30 GHS chirurgicaux, cette sous valorisation s'élève à -8,9 %.

Sur ces 128 GHS :

- 86 sous-financés, et 33 ont un sous-financement supérieur à 10 % des coûts ; seuls 4 GHS ont un sous-financement supérieur à 25 %, jugé « extrême » ;
- parmi les 33 sous-financés de plus de 10 %, une bonne partie (21) relève d'interventions de niveau 1, pour lesquelles le sous-financement relève d'une stratégie de développement de l'ambulatoire ;
- les 12 actes qui ne sont pas de niveau 1 (6 actes chirurgicaux, 6 actes médicaux) sont pour beaucoup d'entre eux des actes de niveau 2, mais il y a aussi des actes ambulatoires (intervention sur les muscles loculo-moteurs, drains transtympaniques, interventions sur les testicules pour affections non malignes), ce qui est plus difficile à interpréter.

[91] Les problématiques d'attractivité de la pédiatrie sont particulièrement importantes dans les services de pédiatrie générale des centres hospitaliers.

[92] D'une part, la taille des équipes est bien plus réduite dans les CH que dans les CHU, ce qui augmente la charge de la continuité des soins et de la permanence des soins auprès des équipes qui, en deçà d'une certaine taille critique, peinent d'autant plus à recruter du fait de la fréquence des sollicitations pour assurer la permanence des soins.

[93] D'autre part, l'attractivité de ces services auprès des jeunes pédiatres est moins forte que celle des services de CHU, dans lesquels l'exercice exclusif de la pédiatrie spécialisée est plus fréquent. Or de nombreux jeunes sont formés à une surspécialité et souhaitent poursuivre leur exercice en ce sens, même si la place de la pédiatrie générale reste importante dans la formation.

1.1.3.4 La recherche en pédiatrie est dynamique mais mériterait d'être confortée, en particulier la recherche en pharmacologie pédiatrique

[94] La recherche en pédiatrie, qui s'appuie notamment sur les 221 personnels hospitaliers universitaires en pédiatrie, occupe une place importante dans les publications scientifiques. Ainsi, la pédiatrie représentait en 2014 9 % de la totalité des publications recensées par le SIGAPS²⁷, et 50 %

²⁷ SIGAPS : système d'interrogation, de gestion et d'analyses des publications scientifiques, qui recense les publications pour 60 spécialités médicales. L'analyse porte sur 4 ans.
Source : « Quelle production SIGAPS pour la pédiatrie ? » P Devos, R Hankard, Arch De Pédiatrie 2014.21 :325-328

des pédiatres avaient publié plus de 5 articles par an (la médiane s'élevant à 1 publication pour l'ensemble des disciplines).

[95] Pour autant, le développement de la recherche en pédiatrie demeure un enjeu fort, compte-tenu de l'importance des maladies rares en pédiatrie. La recherche en pharmacologie reste également un enjeu très important pour la population pédiatrique, en raison de la part de prescriptions hors AMM élevée chez l'enfant. Les cohortes comme ELFE²⁸ et EPIPAGE²⁹ constituent aussi des projets très structurants pour la recherche en pédiatrie et mériteraient d'être développées. Il en est de même pour les indicateurs de santé de l'enfant, encore peu nombreux et essentiels pour l'évaluation de la qualité des soins, aussi bien en ambulatoire qu'en hospitalier.

1.2 En ville, la médecine préventive de l'enfant décline, tandis que la médecine générale joue un rôle croissant

[96] Au-delà des pédiatres libéraux, trois autres acteurs médicaux interviennent pour la prise en charge médicale des enfants en ville : deux institutions de médecine préventive spécialisées sur l'enfant, la PMI et la médecine scolaire, aux effectifs médicaux déclinants, et la médecine générale qui joue un rôle croissant pour le suivi des enfants.

[97] La mission n'avait pas pour objectif de dresser un état des lieux de la situation de ces acteurs, mais a étudié leur positionnement dans la prise en charge de la santé de l'enfant, ainsi que les interactions avec la pédiatrie.

1.2.1 Les PMI jouent un rôle préventif essentiel, notamment auprès des plus précaires, mais celui-ci décline

[98] Les services de protection maternelle et infantiles (PMI), qui relèvent des conseils départementaux, sont chargés d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant de la naissance à 6 ans. Les services de PMI sont guidés par des principes d'accessibilité et de gratuité. D'après les données recueillies par le rapport Peyron³⁰, ils employaient, en 2015, environ 2300 médecins (1750 ETP), mais les effectifs de ces derniers sont en forte baisse (-13 % depuis 2010) et 2/3 d'entre eux seraient proches de la retraite. En 2015, près de 15 % des médecins exerçant en PMI étaient des pédiatres (329 pédiatres recensés par l'Ordre des médecins). Les PMI, qui se caractérisent par leur approche pluridisciplinaire, emploient également environ 4500 puéricultrices, 1500 infirmières, 1100 sages-femmes et 900 auxiliaires puéricultrices.

[99] D'après le rapport Peyron, les services de PMI se consacrent de moins en moins au suivi et à la prévention de la santé des enfants, et investissent davantage les activités liées aux modes de garde et aux mineurs en danger, dans un contexte de contraction forte des moyens³¹. Parmi les activités

²⁸ La cohorte ELFE (INED-INSERM-EFS) suit plus de 18 000 enfants nés en France métropolitaine en 2011, de leur naissance à l'âge adulte, sur une durée de vingt ans. Elle aborde les multiples aspects de leur vie sous l'angle des sciences sociales, de la santé et de l'environnement. Plus de 150 chercheurs collaborent à l'étude Elfe et portent plus de 80 projets de recherche.

²⁹ EPIPAGE 2 (étude épidémiologique sur les petits âges gestationnels) est une étude nationale pour mieux connaître le devenir des enfants prématurés. Elle a été lancée en 2011 par EPOPé (recherche en épidémiologie périnatale, obstétricale et pédiatrique), l'INSERM et les équipes médicales de santé publique et de recherche de 25 régions françaises. Elle permet le suivi de 7800 enfants depuis la naissance, dans 21 régions.

³⁰ Les données issues du rapport Peyron « Sauvons la PMI » en 2019 (avec l'appui de l'IGAS) doivent être interprétées avec prudence – elles s'appuient sur des données de la DREES recueillies auprès des conseils départementaux qui sont assez fragiles.

³¹ Le rapport Peyron estime cette diminution des moyens à -25 % en 10 ans, mais souligne que les données nationales relatives aux moyens des PMI sont de mauvaise qualité ; la baisse des moyens est donc une estimation de la mission.

préventives, seul le bilan de santé en école maternelle est préservé, avec de fortes variations selon les départements³². Les consultations préventives en direction des enfants sont notamment en nette baisse (-45 % entre 1995 et 2016), et désormais concentrées sur les enfants de 0-2 ans et sur les publics les plus vulnérables. Les visites à domicile (réalisées par les infirmières puéricultrices) se raréfient également (-42 % entre 1991 et 2016).

[100] Au-delà du rapport Peyron, qui dressait en 2019 le constat d'une crise majeure d'une institution au rôle préventif pourtant essentiel, le rapport de la commission des 1000 premiers jours a souligné en 2020 le rôle essentiel des PMI et l'intérêt de leur approche pluridisciplinaire. Le plan d'action du gouvernement sur les 1000 premiers jours a annoncé un renforcement des moyens des PMI, avec un financement complémentaire de 35 millions d'euros en 2021, dans 70 départements (voir détail sur le plan des 1000 jours dans le premier encadré de la partie 2.1.2.1).

[101] Les interlocuteurs de la mission (des PMI, de la médecine libérale ou à l'hôpital) ont souligné le rôle essentiel de l'institution, en particulier auprès des plus précaires, tout en déplorant la faible attractivité des postes de médecin en PMI (notamment auprès des pédiatres). L'articulation entre les PMI et les hôpitaux est globalement jugée de bonne qualité, mais les relations avec la médecine libérale (pédiatres ou médecins généralistes) sont variables selon les territoires, et parfois considérées comme concurrentielles.

1.2.2 La médecine scolaire est en grande difficulté, malgré un rôle jugé unanimement essentiel dans le suivi de l'enfant

[102] Comme la PMI, la santé scolaire souffre d'un manque d'attractivité important auprès des médecins, et d'un vieillissement de ses effectifs. Les médecins scolaires sont recrutés principalement dans le vivier des médecins généralistes ou de santé publique, et, de manière très marginale, parmi les pédiatres (22 pédiatres exerçant en tant que médecin scolaire sont recensés en 2020).

[103] Le nombre de médecins scolaires a nettement diminué ces dernières années : on dénombre environ 1200 médecins en 2018 (soit 966 ETP), en baisse de 17 % depuis 2011, alors que les effectifs d'élèves augmentent sur la même période (+2 %). A l'inverse, le nombre d'infirmiers scolaires (8712 en 2018) connaît une hausse de 3 % depuis 2011.

[104] Les missions des services de santé scolaire sont nombreuses, tenant au suivi individuel (bilans de la 6^{ème} et de la 12^{ème} année, examens des cas des élèves à besoins éducatifs particuliers, éducation à la santé et à la sexualité, accueil à l'infirmerie à la demande), et d'actions collectives de promotion de la santé. Mais les médecins de santé scolaire peinent à remplir leurs missions, dans un contexte de démographie très déclinante. En particulier, le taux de réalisation de la visite médicale de 6^{ème} année est faible, et en baisse (26 % en 2013, 18 % en 2018 selon la Cour des comptes³³), avec de très fortes disparités selon les départements.

[105] Les témoignages recueillis par la mission convergent sur le rôle essentiel que devraient jouer les services de santé scolaire pour la prévention auprès des enfants, d'autant plus avec la scolarisation devenue obligatoire dès 3 ans. L'attractivité très faible de la profession auprès des jeunes médecins s'expliquerait par le manque de valorisation financière, par des missions trop nombreuses, par un exercice trop isolé au sein de l'institution scolaire, et par un fort isolement du

³² Ce bilan, réalisé à l'âge de 3-4 ans, est généralement mené par les puéricultrices. Le taux de couverture national est de 70 %, avec de très fortes variations selon les départements (de 10 à 98 %).

³³ "Les médecins et les personnels de santé scolaire", Cour des comptes, avril 2020

reste de la communauté médicale (dans un contexte de développement de l'exercice pluri-professionnel et coordonné).

[106] Les relations entre médecine libérale et médecine scolaire, qui restent très ponctuelles, et de moins en moins nombreuses du fait de la démographie des médecins scolaires, sont pourtant jugées essentielles par les médecins libéraux, et ce particulièrement pour les enfants porteurs de handicap, de maladies chroniques ou de maladies rares, ou présentant un trouble des apprentissages. La nécessité d'une meilleure articulation entre les professionnels de santé de ville et services de santé scolaire dans leur ensemble est pointée par de nombreux acteurs.

1.2.3 Les médecins généralistes jouent un rôle croissant pour le suivi des enfants, mais leur formation à la santé de l'enfant est hétérogène

1.2.3.1 Le rôle croissant joué par les médecins généralistes libéraux pour le suivi des enfants va être limité par leur démographie déclinante sur les prochaines années

[107] Du fait du déclin de la pédiatrie libérale et du recul des effectifs médicaux en PMI et en médecine scolaire, les médecins généralistes assurent de fait un rôle croissant dans le suivi des enfants (84 % des consultations des moins de 16 ans), sans que l'articulation entre ces différents acteurs et leurs rôles respectifs n'aient été définis.

[108] Or la démographie des médecins généralistes libéraux va décliner dans les prochaines années. Les projections de la DREES estiment que les effectifs de médecins généralistes libéraux, hors remplaçants et exercice mixte, vont décliner jusqu'en 2028 (à comportements et législation identique). Le mouvement de substitution réalisé ces dernières années entre médecins généralistes et médecins de l'enfant ne va donc pas pouvoir se poursuivre dans les prochaines années, ce qui interroge sur la capacité du système de santé ambulatoire à prendre en charge les enfants dans les prochaines années, si les rôles des différents acteurs ne sont pas clarifiés et amendés.

[109] En l'absence de mesures, le risque est celui d'un report sur l'hôpital (notamment sur les urgences pédiatriques).

1.2.3.2 La formation des médecins généralistes à la santé de l'enfant est hétérogène, tant en théorie qu'en pratique

[110] La formation en troisième cycle des médecins généralistes à la santé de l'enfant est aujourd'hui très hétérogène, ce qui pose problème au regard du rôle prépondérant qu'ils jouent dans le suivi des enfants.

[111] D'un point de vue pratique, la réforme de 2017 a certes introduit un stage obligatoire en santé de l'enfant, réalisé en terrain ambulatoire et/ou hospitalier (cf. détail de la maquette dans le tableau ci-après). Cependant, en cas de capacité de formation insuffisante, l'étudiant peut réaliser un stage couplé mère/ enfant. Dans les faits, d'après les témoignages reçus par la mission, tous les étudiants ne réalisent pas encore de stage en santé de l'enfant, ce stage spécialisé en santé de l'enfant étant pourtant jugé indispensable, tant par les médecins généralistes que les pédiatres.

[112] Les jeunes médecins généralistes soulignent l'importance de réaliser des stages en ambulatoire, y compris en matière de santé de l'enfant ; les stages ambulatoires peuvent être réalisés chez des pédiatres libéraux, mais qui restent peu nombreux à accueillir des internes de médecine

générale³⁴, ou chez des médecins généralistes³⁵. S'agissant des stages hospitaliers en pédiatrie, les médecins généralistes souhaitent privilégier les stages en pédiatrie polyvalente (tels que la pédiatrie générale ou les urgences pédiatriques), plus proche de leur pratique future que les stages en pédiatrie spécialisée. La réalisation de stages mixtes en milieu libéral et hospitalier, proposée par certaines facultés, à l'instar de celle de Toulouse, est plébiscitée par les étudiants ou jeunes médecins.

[113] D'un point de vue théorique, la réglementation ne fixe aucune obligation de formation spécifique portant sur la santé de l'enfant. Le contenu des formations théoriques varie donc en fonction des facultés, sans qu'un socle n'ait été défini, au-delà des enseignements de deuxième cycle. Or une étude menée par le CHU de Nantes montrait en 2013 que les connaissances pédiatriques des étudiants en début de troisième cycle étaient parcellaires et que certaines situations d'urgence ou concernant les nourrissons n'étaient pas maîtrisées par la majorité des étudiants³⁶, soulignant l'importance de l'enseignement de troisième cycle.

[114] Dans de nombreuses régions, les pédiatres rencontrés par la mission regrettent le rôle très modeste ou inexistant qu'ils jouent dans la formation théorique des DES de médecine générale à la santé de l'enfant, très majoritairement assurée par des médecins généralistes universitaires.

[115] Plusieurs facultés, comme celle de Nantes ou de Lyon, organisent des diplômes universitaires (DU) sur la santé de l'enfant, très suivis par les médecins généralistes. Cela atteste à la fois de l'intérêt porté par certains médecins généralistes à la médecine de l'enfant, qu'ils pratiquent parfois de manière majoritaire, mais aussi des besoins de formations complémentaires. En particulier, certains médecins généralistes ne se sentent pas à l'aise pour le suivi des nouveau-nés au sortir de la maternité. Si un certain nombre de médecins généralistes a une pratique importante de médecine de l'enfant et a suivi des formations complémentaires, celles-ci ne sont cependant aujourd'hui pas visibles pour les parents ni pour les professionnels.

³⁴ A Nantes, 2 à 3 stages en pédiatrie libérale sont ouverts, pour 110 internes de médecine générale par an.

³⁵ Aucun critère réglementaire ne fixe les qualités des médecins généralistes pouvant accueillir des stages médecine de l'enfant. Toutefois, dans plusieurs régions, un critère de volume de patientèle pédiatrique minimum a été défini par les enseignants de médecine générale.

³⁶ « Les « feux tricolores » en pédiatrie : état des lieux des connaissances en début de 3^{ème} cycle de médecine générale », C Gras le Guen et al, Service de pédiatrie générale du CHU de Nantes, 2013, Archives de pédiatrie 2014 ; 21 :265-271

Tableau 2 : Déroulé du 3^{ème} cycle de médecine générale depuis 2017

Phase socle	Phase d'approfondissement	Phase de consolidation	Options	Formation spécialisée transversale (1 an de formation intégrée au DES)
1 an (2 semestres) - 1 UA - 1 chez praticien	2 ans (4 semestres) a/ 1 Médecine adulte polyvalente b/ 1 santé de la Femme A et/ ou H c/ 1 stage santé de l'Enfant A et/ ou H d/1 SASPAS <i>En cas de capacités de formation insuffisantes, l'étudiant peut accomplir à la place des stages visés en b) et c) :</i> e) 1 stage couplé en santé de la femme et en santé de l'enfant f) 1 stage libre chez un praticien	Pas de phase de consolidation	Pas d'option	6 FST - Addictologie - Douleur - Soins palliatifs - Médecine du sport - Médecine scolaire - Préjudice corporel et Expertise médicale

Source : réglementation

Légendes : A ou H : ambulatoire ou hospitalier ; SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé ; UA : urgences adultes ; UP : Urgences pédiatriques

1.3 La chirurgie pédiatrique et la pédopsychiatrie sont deux professions médicales de l'enfant relevant principalement de l'hôpital public

1.3.1 Les effectifs de chirurgie pédiatrique progressent, mais l'activité se concentre sur les CHU et les conditions de travail de la spécialité se dégradent

[116] La chirurgie pédiatrique englobe deux spécialités, l'orthopédie pédiatrique et la chirurgie viscérale et urologique. Hormis dans les grands centres, les autres chirurgies de l'enfant (ORL, cardiaque, plastique, neurochirurgie ...) sont le plus souvent effectuées à partir des disciplines d'adulte par des chirurgiens dont l'exercice pédiatrique constitue une partie de leur activité.

1.3.1.1 La chirurgie pédiatrique, exercée essentiellement dans le secteur public, voit ses effectifs formés progresser de manière dynamique

[117] En 2020, 359 chirurgiens-pédiatres exercent en France, ce qui représente 2,2 % de l'ensemble des chirurgiens. Entre 2012 et 2020, les effectifs de chirurgiens pédiatres ont progressé de 36 %, soit une croissance de 4 % par an.

[118] Comme pour la pédiatrie, l'exercice hospitalier de la chirurgie pédiatrique est très majoritairement exercé dans le secteur public. Si l'on considère l'ensemble de l'activité chirurgicale auprès des enfants, l'activité privée occupe une place majoritaire (55 % des séjours en 2019³⁷), mais il s'agit essentiellement d'activités exercées par des chirurgiens adulte (par exemple en ORL). Si l'on s'intéresse à la spécialité de chirurgie pédiatrique (qui recouvre surtout la chirurgie orthopédique, traumatologique, viscérale et urologique réalisée exclusivement auprès des enfants), plus de 75 % des activités hospitalières des chirurgiens pédiatres sont réalisées dans le secteur public³⁸. Cela s'explique par le fait que son exercice nécessite un environnement pédiatrique global (pédiatrie, anesthésie, radiopédiatrie, réanimation pédiatrique, néonatalogie), un plateau technique et des équipements particuliers qui se trouvent principalement dans les établissements publics.

[119] L'âge moyen des chirurgiens-pédiatres (48,8 ans) est inférieur à la moyenne des médecins (50,9 ans) mais il augmente depuis 2016, alors que celui de l'ensemble des médecins évolue légèrement à la baisse. Le taux de féminisation des chirurgiens pédiatres progresse (de 38 % en 2012 à 49 % en 2020), et il est supérieur aux autres spécialités chirurgicales.

1.3.1.2 Les chirurgiens-pédiatres témoignent d'une perte d'attractivité de la spécialité et d'une dégradation de leurs conditions de travail

[120] Depuis la réforme du 3ème cycle en 2017, les étudiants de troisième cycle doivent choisir la spécialité de chirurgie pédiatrique dès l'entrée dans le cycle, selon un principe de filiarisation précoce.

Tableau 3 : Déroulé du troisième cycle de chirurgie pédiatrique depuis la réforme de 2017

Phase socle	Phase d'approfondissement	Phase de consolidation	Options	FST (formation spécialisée transversale)
<p>1 an</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 stage en CP chirurgie correspondant à option -1 autre discipline chirurgicale et agréée à titre complémentaire en CP 	<p>3 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 stages en CP -1 stage dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en CP -1 stage libre Selon l'option, au cours de ces 3 ans : 1 stage en chirurgie viscérale et digestive, 1 stage en urologie, 2 stages en chirurgie orthopédique et traumatologique. 	<p>2 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> 2 stages de 1 an 	<p>2 options</p> <ul style="list-style-type: none"> - chirurgie viscérale pédiatrique - orthopédie pédiatrique. 	<p>Pas de FST</p>

Source : Réglementation ; CP : Chirurgie pédiatrique

[121] Depuis 2017, l'ensemble des postes proposés (entre 22 et 24 postes selon les années) est pourvu. Toutefois, les chirurgiens-pédiatres rencontrés par la mission font toutefois état d'une perte d'attractivité de la spécialité depuis la réforme du troisième cycle, liée au fait que tous les internes en chirurgie adulte ne réalisent pas de stage en chirurgie pédiatrique lors de leur internat (en particulier, les internes de chirurgie viscérale) : le détail des maquettes de stage des chirurgiens est présenté ci-après.

³⁷ Données du SAE

³⁸ Données DREES portant sur les activités des chirurgiens-pédiatres

Tableau 4 : Maquettes des 6 stages obligatoires de la phase d'approfondissement des disciplines chirurgicales concernées

	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Chirurgie viscérale et digestive	Urologie
Dans un service agréé à titre principal dans la spécialité	3 stages	5 stages	2 stages
Dans un service agréé à titre principal en chirurgie pédiatrique et à titre complémentaire dans la spécialité	1 stage	0	0
Dans un service agréé à titre principal dans une autre discipline et à titre complémentaire dans la discipline	1 stage - chirurgie vasculaire - neurochirurgie - chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	L'un des 5 stages mentionnés ci-dessus peut être remplacé par : - chirurgie pédiatrique - chirurgie thoracique et cardiovasculaire - chirurgie vasculaire - urologie	2 stages en chirurgie viscérale et digestive
Stages libres	1	1	2

Source : Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine

[122] D'après le Centre national de gestion (CNG), le taux de vacance des postes de praticien hospitalier (PH)³⁹ et le nombre de démission⁴⁰ tendent à augmenter, ce qui atteste d'une diminution de l'attractivité des postes de PH en chirurgie pédiatrique dans les hôpitaux publics.

[123] Les chirurgiens-pédiatres rencontrés par la mission soulignent la dégradation de leurs conditions de travail dans les années récentes, et font état des difficultés suivantes dans leur exercice⁴¹:

- Une difficulté marquée de recrutement des médecins anesthésistes avec des compétences pédiatriques (en particulier pour la prise en charge des très jeunes enfants), un manque de radiologistes spécialisés dans l'analyse de l'imagerie pédiatrique⁴² et un manque d'attractivité pour les personnels paramédicaux, notamment en Ile-de-France ;
- Des difficultés pour accéder aux blocs opératoires et des délais de programmation des soins élevés ;
- Un manque de prise en compte des spécificités de la prise en charge infantile et de sa complexité (par exemple, les anesthésies peuvent être beaucoup plus longues), en particulier dans la tarification des actes ;
- Des urgences pédiatriques le plus souvent dépourvues de chirurgiens pédiatres ;

³⁹ De 14 % en 2009 à 23 % en 2021 (données CNG) – on rappelle que cette donnée est à interpréter avec précaution ; il ne s'agit pas du taux de vacance réel, certains postes de PH pouvant être pourvus par des contractuels.

⁴⁰ 3 démissions sur la période 2011- 2015 ; 6 sur la période 2016-2020 (+100 %)

⁴¹ Les difficultés rencontrées par les chirurgiens pédiatres sont aussi exposées dans le rapport « La prise en charge des urgences chirurgicales infantiles en Ile de France », H-J PHILIPPE et al, novembre 2020.

⁴² « Accès aux examens d'imagerie pédiatriques », Société

- Un recours à des unités de chirurgie ambulatoire adulte-enfant inadapté à l'enfant ;
- Le poids de la permanence des soins et de la continuité des soins en chirurgie pédiatrique, renforcée par la taille réduite des équipes ;
- Les difficultés croissantes d'approvisionnement en matériels pédiatriques.

[124] Par ailleurs, une part croissante de l'activité de chirurgie pédiatrique est réalisée dans les CHU par rapport aux CH, avec une tendance au report de soins sur les centres régionaux⁴³. Une analyse réalisée dans 5 régions (dont le détail est présenté en annexe 1) montre que la proportion d'actes réalisée par les CHU augmente effectivement entre 2015 et 2019, en chirurgie orthopédique, digestive et urologique, dans 4 régions sur les 5 étudiées.

1.3.2 La pédopsychiatrie est en tension et son articulation avec la pédiatrie pourrait être renforcée

[125] La mission n'a pas étudié spécifiquement la situation de la pédopsychiatrie et s'appuie sur les travaux antérieurs pour dresser un bref état des lieux de sa situation. En revanche, l'articulation entre pédopsychiatrie et pédiatrie a été analysée par la mission.

1.3.2.1 La démographie des pédopsychiatres décline dans un contexte de hausse forte de la demande de soins

[126] Comme le rappelle le rapport sénatorial sur la psychiatrie des mineurs⁴⁴, le dénombrement exact des pédopsychiatres se révèle difficile à établir dans la mesure où la pédopsychiatrie ne constitue pas une spécialité médicale distincte de la psychiatrie⁴⁵. La DREES recensait en 2016 environ 800 psychiatres titulaires du DESC de pédopsychiatrie, mais environ 2400 pédopsychiatres (médecins déclarant un savoir-faire « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent »⁴⁶). Les effectifs de ces derniers diminuent (-7 % entre 2012 et 2015), particulièrement en exercice libéral (-15 %) ⁴⁷.

[127] Ce déclin démographique se produit dans un contexte de hausse de la demande de soins. D'après l'IGAS⁴⁸, la file d'attente des CAMSP, centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et centres médico-psychologiques infanto-juvéniles (CMP)-IJ a progressé de 14 % en 10 ans ; les délais d'attente sont estimés à 6 mois en moyenne. Les postes de pédopsychiatres vacants sont nombreux en CAMSP (25 %) et en CMPP (13 %).

[128] En 2015, les pédopsychiatres exerçaient pour 44 % en secteur libéral ; les pédopsychiatres salariés exerçaient notamment en établissement public de santé (29 %), en établissements pour personnes handicapées (16 %), y compris CMPP, ou en établissement privé (5 %).

⁴³ Ce report est notamment lié au manque d'anesthésistes avec des compétences pédiatriques dans les centres hospitaliers.

⁴⁴ Rapport d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France, 2017

⁴⁵ Le diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) est accessible à l'issue du DES de psychiatrie ou du DES de pédiatrie (très peu d'internes de pédiatrie sont concernés).

⁴⁶ Ces pédopsychiatres recouvrent les 800 titulaires du DESC de pédopsychiatrie, mais aussi 1200 médecins avec une compétence en psychiatrie et 400 titulaires d'un diplôme non validant.

⁴⁷ Source des données : Mission Bien-être et santé des jeunes, Pr Marie-Rose Moro, Jean-Louis Brison, rapport Brison-Moro, 2016

⁴⁸ Evaluation du fonctionnement des Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et des centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ), IGAS, 2018

1.3.2.2 Les liens entre pédopsychiatrie et pédiatrie existent, mais l'articulation entre soins somatiques et soins psychiatriques pourrait être encore renforcée

[129] Les liens entre pédopsychiatrie et pédiatrie, qui permettent une approche mixte entre soins somatiques et soins psychiques, existent :

- Pédiatres et pédopsychiatres peuvent exercer dans les mêmes lieux. L'exercice conjoint est fréquent en CAMSP et dans les maisons des adolescents⁴⁹, un peu moins en CMPP⁵⁰. Les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) destinées aux enfants présentant un trouble du neuro-développement actuellement en développement s'appuient également sur des compétences mixtes de pédopsychiatrie et de pédiatrie (notamment neuropédiatrie) ;
- Dans certains établissements, les services de pédopsychiatrie et de pédiatrie appartiennent au même pôle, ce qui renforce utilement les liens. La pédopsychiatrie de liaison (exercice de pédopsychiatres dans les services de pédiatrie) contribue aussi à renforcer ces liens. Dans la plupart des établissements, il n'existe pas de lits en pédopsychiatrie, les patients sont pris en charge dans les services de pédiatrie, conjointement par les pédiatres et les pédopsychiatres de liaison. En revanche, les pédiatres n'exercent pas (ou très marginalement) en CMP-IJ ;
- Pédiatrie et pédopsychiatrie sont également fréquemment en relations concernant les urgences : ainsi, lors de l'hiver 2020/2021, alors que les hospitalisations en pédiatrie étaient très réduites, en raison de l'absence des épidémies hivernales, les hospitalisations pour des raisons de santé mentale pour les enfants et adolescents ont progressé, conduisant à une prise en charge d'une partie des enfants dans les services de pédiatrie⁵¹.

[130] Malgré ces liens, une meilleure articulation entre soins somatiques et soins psychiatriques des enfants est nécessaire pour améliorer la prise en charge des enfants. Déjà, en 2017, la mission Santé et bien-être des jeunes (Brison-Moro) ainsi que le rapport sénatorial sur la pédopsychiatrie appelaient à un renforcement des liens entre pédiatrie et pédopsychiatrie. Le rapprochement des deux spécialités est particulièrement propice sur deux thématiques : la prise en charge des troubles du neuro-développement, et la médecine de l'adolescence.

⁴⁹ En 2018, les 115 maisons des adolescents étaient 70 % à employer des pédopsychiatres et 30 % à employer des pédiatres. Source : enquête nationale des maisons des adolescents, synthèse des résultats 2018

Les missions des maisons des adolescents sont diverses : être promotrice de la santé et du bien-être du jeune, être « tête de réseau » de tous les acteurs de l'adolescence ; proposer des accompagnants et des prises en charge pluridisciplinaires de courte durée ; être en soutien aux parents ; être accessible à tous par un maillage territorial adapté ; veiller aux situations complexes et aux problématiques émergentes (radicalisation, transidentité...) (Ref : Maison des adolescents, Revue du Praticien, Vol. 70 _ Octobre 2020)

⁵⁰ D'après l'IGAS, les CAMSP disposent de 0,17 ETP de psychiatres en moyenne et 0,30 ETP de pédiatres ; les CMPP disposent de 0,75 ETP de psychiatre et 0,02 % ETP de pédiatres en moyenne (cf rapport cité ci-dessus à la note 34).

⁵¹ Source : Hospimedia, « Des tentatives de suicide plus fréquentes chez les moins de 15 ans inquiètent le ministère », 5 mars 2021

1.4 Les professions paramédicales de l'enfant (infirmière puéricultrice, auxiliaire de puériculture) sont insuffisamment reconnues

1.4.1 Les infirmières puéricultrices, dont le positionnement à l'hôpital est questionné, ont des compétences préventives insuffisamment mises à profit en ambulatoire

1.4.1.1 Les infirmières puéricultrices exercent majoritairement à l'hôpital, et leur exercice libéral est très limité par l'absence de nomenclature

[131] En 2020, la France compte environ 23 000 infirmiers puériculteurs ou infirmières puéricultrices (soit 3 % des effectifs infirmiers), spécialisés dans la prise en charge de l'enfant de la naissance à 18 ans. Ils assument des responsabilités « de soin, d'éducation, de relation et de gestion [...] pour répondre aux besoins de santé de l'enfant : dans sa famille, en milieu hospitalier ou dans les structures d'accueil⁵² ».

[132] 99 % d'entre eux sont des femmes, c'est pourquoi on désigne la profession par « infirmières puéricultrices » (ou IPDE) dans ce rapport. A l'instar de la population d'infirmiers, la population d'infirmières puéricultrices augmente rapidement (+32 % depuis 2012).

[133] Les deux tiers des infirmières puéricultrices exercent à l'hôpital (en service de maternité, néonatalogie, pédiatrie, chirurgie pédiatrique, réanimation), 32 % sont salariées en dehors de l'hôpital (PMI, crèches, CAMSP, structures de protection de l'enfance notamment), tandis que l'exercice libéral est très minoritaire (5 %)⁵³. Celui-ci est limité par l'absence de nomenclature et d'actes spécifiques. Les puéricultrices exerçant en libéral ont, au moins pour partie, une pratique d'infirmiers généralistes.

[134] La mission s'est centrée sur l'exercice des infirmières puéricultrices à l'hôpital et en PMI, et sur les autres possibilités d'exercice en ville, mais elle n'a pas étudié leur rôle en crèches ou dans les établissements sociaux ou médico-sociaux.

1.4.1.2 Le positionnement des infirmières puéricultrices est questionné à l'hôpital par rapport aux autres infirmiers spécialisés (IADE, IBODE) et aux infirmiers en pratique avancée (IPA)

[135] Depuis 2009, la formation des infirmiers ne comporte plus d'enseignement ni de stage obligatoire en pédiatrie. Cette évolution, déplorée par l'ensemble des acteurs de la pédiatrie, aurait dû logiquement conduire à une revalorisation du rôle des infirmières puéricultrices et à leur renforcement dans les services de pédiatrie à l'hôpital.

[136] Pourtant, les infirmières puéricultrices témoignent d'un manque de reconnaissance de leur profession et de leur diplôme en milieu hospitalier et pointent la tendance croissante à la substitution entre puéricultrices et infirmiers dans les services. L'exercice en PMI et en crèche⁵⁴ serait de plus en plus attractif, par rapport à l'exercice hospitalier, et jugé plus valorisant par rapport aux compétences des puéricultrices (en particulier les postes de direction adjointe de crèche).

⁵²Annexe 1 de l'arrêté du 13 juillet 1983 relatif au diplôme d'Etat de puéricultrice

⁵³Source des données : DREES, site data.drees

⁵⁴ Les infirmières puéricultrices peuvent exercer en tant que directrice adjointe d'EAJE.

[137] Le positionnement des infirmières puéricultrices à l'hôpital est questionné par la profession, en particulier par rapport aux autres spécialités infirmières (infirmiers anesthésistes (IADE), infirmiers de bloc opératoire (IBODE)) et par rapport aux infirmiers en pratique avancée émergents:

- La formation des puériculteurs est généraliste, avec une approche populationnelle et conduit à un champ d'exercice large (exercice hospitalier en service de maternité, pédiatrie, néonatalogie, réanimation, pédiatrie spécialisée, urgences pédiatriques ; exercice extra-hospitalier en PMI, en crèche...). En conséquence, la dimension technique de la formation est moins développée que celle des formations IADE, d'IBODE, ou d'IPA, qui visent l'acquisition de compétences techniques liées à un secteur d'activité dédié⁵⁵. Le caractère parfois insuffisant des compétences techniques acquises par les puériculteurs, notamment pour les services de néonatalogie ou de réanimation, est pointée par certains pédiatres. Sa durée de 12 mois (contre 18 mois pour la formation d'IBODE et 24 mois pour la formation d'IADE) est aussi jugée trop courte par rapport à la densité du programme ;
- Les infirmiers anesthésistes, et depuis peu les infirmiers de bloc opératoire, ont des compétences exclusives⁵⁶, ce qui n'est pas le cas des infirmiers puériculteurs. L'article R 4311-13 du CSP prévoit toutefois que les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier cinq actes⁵⁷ listés dans le code, soient dispensés en priorité par les puéricultrices ;
- La quasi-absence de normes ou de recommandations fixant une proportion minimale d'infirmières puéricultrices, par rapport aux IDE, dans les services pédiatriques à l'hôpital (détail de la réglementation dans l'encadré ci-dessous), ne permet pas de pallier l'absence de compétences exclusives et de valoriser les compétences des infirmières puéricultrices ;
- Enfin, la diminution du financement de formations d'IPDE par les établissements hospitaliers⁵⁸ sur les fonds de la formation continue est très nette, ce qui témoigne d'une attractivité déclinante de cette spécialisation dans le milieu hospitalier par rapport aux autres spécialités d'infirmières (IADE, IBODE)⁵⁹ et aux cadres de santé, dont les métiers sont par ailleurs en tension.

⁵⁵ La formation des **IBODE** destine les étudiants à exercer dans les blocs opératoires, en stérilisation centrale, dans les structures d'hygiène hospitalière et dans les services réalisant des actes invasifs à visée thérapeutique et/ou diagnostique (arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier de bloc opératoire, annexe 1).

Les **infirmiers anesthésistes (IADE)** interviennent dans les différents sites d'anesthésie et en salle de surveillance post interventionnelle, dans les services d'urgences intra et extra hospitalières et lors de certains types de transports (SAMU, SMUR, autres transports) (arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste).

Les **infirmiers en pratique avancée** développent des compétences spécifiques liées à un domaine d'intervention (pathologies chroniques stabilisées ; oncologie et hématologie-oncologie ; maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale ; psychiatrie et santé mentale, ; bientôt urgences)

⁵⁶ Les actes exclusifs de l'**IADE** sont définis à l'article R 4311-12 du code de la santé publique ; il s'agit notamment de l'anesthésie générale, l'anesthésie loco-régionale et la réanimation per-opératoire (sous contrôle du médecin anesthésiste-réanimateur). Les compétences exclusives de l'**IBODE**, effectives depuis le 1^{er} janvier 2020, sont définies à l'article R 4311-11-1 du code de la santé publique : installation chirurgicale du patient, mise en place et fixation des drains susaponévrotiques, fermeture sous-cutanée et cutanée (sous contrôle du chirurgien).

⁵⁷ Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ; surveillance du régime alimentaire du nourrisson ; prévention et le dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ; soins du nouveau-né en réanimation ; installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie.

⁵⁸ Selon l'ANFH, 272 formations d'IDPE étaient financées en 2019 contre 367 en 2012.

⁵⁹ Selon la DGOS, les fonds de la formation professionnelle ont été réorientés vers les métiers en tension de recrutement (IBODE, cadres de santé).

Les normes de présence des infirmiers de puériculture dans les services hospitaliers (pédiatrie, maternité, urgences pédiatriques, réanimation pédiatrique, néonatalogie)

Il n'existe aucune norme ou ratio imposant le recours aux infirmiers puériculteurs dans les *services de pédiatrie, de maternité*⁶⁰ et *d'urgences pédiatriques*⁶¹, et les dernières recommandations en ce sens sont très anciennes⁶².

Les équipes paramédicales des services de *réanimation pédiatrique* doivent inclure au moins une puéricultrice ; elles comportent au minimum deux IDE pour 5 patients qui sont, dans la mesure du possible, diplômées en puériculture⁶³. La difficulté et la technicité de l'exercice des personnels paramédicaux dans ces services a pourtant été récemment mise en exergue par la mission flash de l'IGAS sur la réanimation pédiatrique en Ile-de-France⁶⁴.

Pour les services de *néonatalogie*, un ratio de présence d'infirmiers spécialisés (un pour 2 à 3 patients selon les configurations) est fixé dans le code de la santé publique, mais ces derniers ne sont pas nécessairement puériculteurs⁶⁵. D'après une enquête menée en 2019 auprès d'une cinquantaine de services, les services de néonatalogie disposent de 51 % d'infirmières puéricultrices en moyenne, mais les données varient très fortement, de 6 % à 92 %⁶⁶.

[138] Un certain nombre d'expérimentations et de pratiques témoignent pourtant du rôle plus important que les infirmières puéricultrices pourraient jouer, en ville comme à l'hôpital, dans les soins comme en prévention.

1.4.1.3 Les puéricultrices peuvent jouer un rôle plus important pour la gestion des soins non programmés et pour la prévention des hospitalisations en période épidémique

[139] A l'hôpital, la mission a recensé plusieurs projets ou expérimentations de consultations autonomes par des infirmières puéricultrices dans les services d'urgences pédiatriques, ainsi que des

⁶⁰ L'article D 6124-44 du code de la santé publique qui encadre la présence du personnel médical dans les maternités ne cite les aides-soignantes et les auxiliaires de puéricultrice au titre du personnel paramédical avec une obligation de présence ; les infirmiers puériculteurs ne sont pas cités.

⁶¹ L'article D 6124-26-5 du code de la santé publique dispose que le personnel non médical affecté à la prise en charge des urgences pédiatriques a acquis une formation à la prise en charge des urgences pédiatriques, soit au cours de ses études, soit par une formation ultérieure.

⁶² Concernant la **pédiatrie**, la circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n° 2004-517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent disposait que le SROS [établit] des recommandations afin que [...] les équipes de pédiatrie comportent les compétences spécifiques [...] de puéricultrices.

Concernant les **urgences pédiatriques**, la circulaire DHOS/SDO n° 2003-238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences recommande que :

- pour les établissements de santé accueillant les urgences et disposant au moins d'un service de pédiatrie, le personnel non médical des urgences pédiatrique comporte, si possible, des puéricultrices ou des infirmières ayant une expérience dans l'accueil et les soins aux enfants ;

- pour les établissements accueillant les urgences et disposant d'un service de pédiatrie, d'un service de chirurgie pédiatrique et d'un service de réanimation pédiatrique, le personnel paramédical comporte des puéricultrices ou des infirmières ayant une expérience dans l'accueil et la prise en charge des enfants.

⁶³ Article D 6124-34-4 du code de la santé publique

⁶⁴ « Réanimation pédiatrique en Ile-de-France : note de conclusion de la mission flash », IGAS, 2019. Le rapport souligne notamment la charge technique et émotionnelle et la disponibilité qui caractérisent l'exercice paramédical dans ces unités, ainsi que les difficultés de fidélisation de ce personnel.

⁶⁵ L'article D 712-101 du code de la santé publique dispose que, dans toute unité de réanimation néonatale, la présence d'un IDE spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie pour 2 nouveaux-nés en réanimation, et 1 pour 3 en soins intensifs de néonatalogie ; ils sont affectés exclusivement à l'unité et ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans une autre unité.

⁶⁶ Enquête menée par l'association nationale des puéricultrices(teurs) diplômé(e) et des étudiants, 2019

projets de délégations d'actes (sutures, plâtres, auscultations, prescriptions dans le cadre de protocoles...) :

- À Paris, aux urgences de l'hôpital Robert Debré (AP-HP), des consultations de puéricultrices sont menées depuis 2013, pour les enfants de moins de 3 mois, à la demande des médecins ou des infirmières des urgences (avec accord médical). Les consultations, d'une durée de 45 minutes, sont liées à des troubles alimentaires et digestifs (63 % des cas), des gênes respiratoires (28 % des cas) ou des pleurs inexplicables du nourrisson (21 %). Elles peuvent aussi intervenir dans le temps de l'hospitalisation, à la demande du médecin⁶⁷ ;
- Des consultations de puéricultrice sont aussi expérimentées depuis 2020 aux urgences pédiatriques du CHU de Toulouse, pour les parents des nourrissons de moins de 1 an se présentant aux urgences pour des motifs de puériculture (inquiétude parentale, pleurs, régurgitations, problèmes alimentaires, etc.), sur orientation de l'infirmière des urgences. La réalisation par les infirmières puéricultrices d'actes et de consultations prévus par des protocoles de coopération (sutures⁶⁸, plâtres, gestion du traumatisme crânien), encadrés par des médecins, est aussi envisagée ;
- À Lyon, la mise en place d'une consultation autonome infirmière aux urgences pédiatriques (assurée par une puéricultrice ou une IDE, expérimentées en pédiatrie) est en projet. Ces consultations cibleraient des pathologies définies, de traumatologie (pour les enfants de plus d'un an), et de médecine (pour les enfants de plus de 3 ans). L'infirmière aurait aussi la possibilité de réaliser des actes dérogatoires (auscultations, examens, prescriptions de médicaments) dans le cadre de protocoles préétablis. Le projet est inspiré du fonctionnement de l'hôpital de Lausanne.

[140] L'intervention des infirmières puéricultrices pour la gestion des soins non programmés et la prévention du recours aux urgences a également été expérimentée à Lyon, dans le cadre de la plateforme de l'association Courlygone. Dans ce cadre, les infirmières puéricultrices assuraient une réponse téléphonique, après la régulation médicale, pour donner des conseils pédiatriques aux parents sur des pathologies infantiles fréquentes et sans critères d'urgences (voir encadré sur le dispositif à la partie 2.1.3.2).

[141] Au-delà de la gestion des soins non programmés, les infirmières puéricultrices peuvent contribuer à prévenir et limiter les hospitalisations, en particulier en période épidémique, durant lesquelles les services hospitaliers pédiatriques sont habituellement surchargés et en tension. A ce titre, l'expérimentation « Bronchiolib », à l'interface entre la ville et l'hôpital, semble particulièrement intéressante pour limiter ou réduire la durée d'hospitalisation des enfants atteints de bronchiolite. Elle repose sur l'intervention à domicile d'infirmières puéricultrices libérales, pour surveiller les enfants et prodiguer éducation thérapeutique, conseils et soutien à la parentalité.

⁶⁷ « La consultation de puéricultrice aux urgences pédiatriques », D. Parmentier, C. Guignard, A.Smail, Cahiers de la puéricultrice, novembre 2014, n°281

⁶⁸ Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Réalisation de sutures de plaies simples par un infirmier en lieu et place d'un médecin »

Le projet Bronchiolib : l'intervention de puéricultrices à domicile pour limiter les hospitalisations en période hivernale

Le projet Bronchiolib mis en place à Nantes fin 2019, en coopération entre les acteurs libéraux et le CHU, vise à éviter ou limiter la durée de l'hospitalisation des enfants, de moins d'un an, atteints de bronchiolite. Il repose sur des visites à domicile d'infirmières puéricultrices (7 puéricultrices installées en libéral) et des consultations de pédiatres libéraux. Les puéricultrices surveillent l'état du nourrisson, assurent des conseils (par exemple sur l'allaitement, le couchage), du soutien à la parentalité ... Les visites à domicile (1 à 2 fois par jour) de la puériculture sont prescrites par le pédiatre libéral ou hospitalier. Une application a été créée pour prendre les RDV auprès des puéricultrices, et une documentation pédagogique à destination par les parents a été conçue.

L'expérimentation, financée par l'ARS et les URPS, a été menée sur une très courte période (entre novembre 2019 et janvier 2020), et n'avait pu démarrer début janvier 2021, compte-tenu de l'absence d'épidémie de bronchiolite à cette date, dans le contexte épidémique très particulier du COVID. Pour autant, le bilan semble largement positif :

- les retours des 50 familles qui en ont bénéficié est très positif, tout comme celui des puéricultrices et des pédiatres ;
- les acteurs du projet souhaiteraient étendre le dispositif sur un périmètre géographique plus large, et en dehors des heures ouvrables. Une extension du projet à d'autres pathologies (telles que la gastroentérite, la rhinite, la méningite virale) est aussi envisagée. Le dépôt d'un projet d'expérimentation dans le cadre de l'article 51 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi à l'étude ;
- la principale limite du projet concerne l'absence d'implication des médecins traitants de l'enfant, en particulier les médecins généralistes (les enfants étant suivis par les pédiatres libéraux participant au projet et les puéricultrices).

1.4.1.4 En ambulatoire, les compétences des puéricultrices en prévention (puériculture, soutien à la parentalité, éducation thérapeutique...) sont largement inexploitées, excepté en PMI

[142] C'est surtout en ambulatoire que le rôle des puéricultrices apparaît aujourd'hui très limité, excepté en PMI, en raison de l'absence de financement des actes de puéricultrice en ville. Or leurs compétences spécifiques en puériculture (en termes d'alimentation, d'allaitement, de développement de l'enfant) et d'accompagnement à la parentalité peuvent utilement être mises à profit en ambulatoire dans une visée préventive, comme en témoignent l'expérience des PMI, dans lesquelles les puéricultrices exercent un rôle croissant.

[143] En PMI, les infirmières puéricultrices réalisent traditionnellement, de manière autonome, des visites à domicile (essentiellement dans la première année de vie de l'enfant). Celles-ci sont jugées très précieuses par de nombreux acteurs, en particulier pour aller vers les populations fragiles.

[144] Au-delà des visites à domicile, les consultations autonomes se développent dans de nombreux départements, à l'instar des départements de Seine-Saint-Denis et du Val de Marne. En Val de Marne, les consultations de puériculture sont réalisées à des âges dédiés du parcours de soin de l'enfant (15^{ème} jour, 3^{ème} mois, 5^{ème} mois, 2 ans et demi), en alternance avec les consultations médicales et pour des motifs particuliers (enfants en surpoids, enfants prématurés, enfants confiés à l'ASE, ...). Des formations spécifiques à la consultation puériculture ont été mises en place par la PMI, ainsi que des outils à l'appui de ces consultations (référentiel, fiches protocoles pour chaque type de consultation, fiches de liaison).

[145] Enfin, les bilans de santé en école maternelle (BSEM) à l'âge de 3/4 ans, pour lesquels les PMI jouent un rôle croissant, sont réalisés à 83 % par des infirmières puéricultrices⁶⁹. Cette pratique doit être entérinée par un protocole de coopération national, après l'appel à manifestation d'intérêt du comité national des coopérations interprofessionnelles en juin 2020.

[146] Au-delà de l'exercice en PMI, l'expérience à la maison pédiatrique de Tresses d'un exercice de puéricultrices en binôme avec des médecins libéraux est apparue particulièrement intéressante à la mission (voir encadré sur cette expérimentation dans la partie 3.1.1). L'infirmière puéricultrice, qui exerce en binôme avec des pédiatres, dispense des consultations de prévention et de conseil parental, en particulier pour les nouveau-nés et nourrissons, d'éducation thérapeutique (surpoids, maladies chroniques...) et d'appui à la sortie d'hospitalisation. Cette pratique à dominance préventive est très appréciée tant par les parents que par la puéricultrice et les pédiatres, et contribue à diminuer les consultations médicales, très probablement les consultations non programmées et le recours aux urgences.

1.4.1.5 Le référentiel de formation des infirmiers puériculteurs, qui date de 1983, est en décalage par rapport aux pratiques et aux nouvelles règles de certification

[147] Le diplôme d'Etat de puéricultrice (niveau bac+4) est obtenu à l'issue d'une scolarité de douze mois, accessible sur concours aux infirmiers et aux sages-femmes, sans condition d'exercice. La formation est dispensée dans des écoles spécialisées (35 écoles de puériculture). Tant la scolarité que le programme de formation d'infirmier puériculteur sont régis par des textes très anciens (datant respectivement de 1990⁷⁰ et 1983⁷¹).

[148] La nécessité d'une refonte de ce référentiel de formation désuet, en décalage par rapport aux pratiques professionnelles, est admise par tous. A titre d'exemple, le soutien à la parentalité n'est aujourd'hui pas mentionné dans le programme de formation, alors qu'il constitue un pan très important de l'exercice des puéricultrices.

[149] En 2017, l'IGAS et l'IGAENR⁷² appelaient à réformer cette formation, à l'instar de la formation d'IADE, pour en faire une formation de niveau bac + 5 dont le diplôme conférerait le grade de master. Des projets d'actualisation des référentiels activité et compétence avaient été établis à cette époque, mais ils n'ont jamais abouti. Ces projets visaient à répondre à l'évolution des pratiques professionnelles, ainsi qu'aux nouvelles règles de certification (structure en blocs de compétences, inscription de la spécialité infirmière dans le LMD, ouverture à la VAE).

[150] La durée de la formation (12 mois) apparaît aussi insuffisante par rapport à un programme de formation particulièrement vaste, et très dense, qui couvre toutes les étapes du développement de l'enfant sain, malade ou en situation de handicap, de 0 à 15 ans ; il s'agit d'une durée de formation plus courte que les autres formations d'infirmiers spécialisés (18 mois pour les IBODE ; 24 mois pour les IADE et les infirmiers en pratique avancée, ces deux dernières formations étant mastérisées).

[151] La nécessité de la réforme de la formation des puéricultrices est d'autant plus prégnante dans un contexte de l'universitarisation des professions paramédicales, projet engagé depuis 2006. La réforme de la formation infirmière en 2009 s'est ainsi traduit par la délivrance d'un grade de licence, tandis que la formation des infirmiers anesthésistes (IADE) a été réingéniée et mastérisée entre 2012

⁶⁹ Source : rapport Peyron, Sauvons la PMI, 2019

⁷⁰ Arrêté du 12 décembre 1990 relatif à la scolarité, au diplôme d'Etat de puéricultrice et au fonctionnement des écoles

⁷¹ Arrêté du 13 juillet 1983 relatif au diplôme d'Etat de puéricultrice

⁷² « Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5,6 et 13 de la grande conférence de santé », IGAS, IGENR, juin 2017

et 2014. La formation des infirmiers en pratique avancée créée en 2018 a été constituée de manière très différente des diplômes d'Etat traditionnels, selon un schéma universitaire, avec un cadrage réglementaire beaucoup plus souple. Enfin, plus récemment⁷³, depuis 2020, des expérimentations sur les formations en santé ont été ouvertes, permettant aux universités des mutualisations entre les formations en santé, la mise en place de formations interdisciplinaires et le développement de la recherche. Dans ce cadre, des projets d'expérimentation de formations concernant les infirmières puéricultrices ont été déposés par plusieurs universités – le projet de l'université de Dijon propose ainsi une formation de 2 ans, de niveau master, avec une approche par les compétences.

1.4.2 Les auxiliaires de puériculture souffrent d'un manque de reconnaissance de leurs compétences

1.4.2.1 Environ 80 000 auxiliaires de puériculture exercent en crèche, à l'hôpital et dans le secteur médico-social

[152] Les auxiliaires de puériculture (99 % de femmes), titulaires d'un diplôme d'Etat de niveau V, réalisent des activités d'éveil et des soins visant au bien-être, à l'autonomie et au développement de l'enfant. Leur rôle s'inscrit dans une approche globale de l'enfant et prend en compte la dimension relationnelle des soins ainsi que la communication avec la famille dans le cadre du soutien à la parentalité. Elles participent à l'accueil et à l'intégration sociale d'enfants porteurs de handicap, atteints de maladies chroniques ou en situation de risque d'exclusion. Elles exercent en collaboration et sous la responsabilité d'un infirmier, d'une puéricultrice ou d'une sage-femme.

[153] En 2018, on comptait 79 000 auxiliaires de puéricultrice⁷⁴, et les effectifs augmentent de manière dynamique (+39 % depuis 2010).

[154] Les auxiliaires de puériculture exercent :

- En premier lieu dans les établissements d'accueil du jeune enfant (en 2011, 2/3 d'entre elles y exerçaient⁷⁵ ; si cette proportion s'est maintenue, on peut estimer qu'environ 52 000 auxiliaires y exercent) ;
- Dans les établissements de santé : la mission estime, de manière très approximative, que de l'ordre de 20 000 à 25 000 auxiliaires y exercent en 2018⁷⁶ ;
- Dans le secteur médico-social :
 - Services de l'aide sociale à l'enfance, essentiellement en pouponnière : environ 1800 auxiliaires fin 2017⁷⁷ ;
 - Dans les PMI : de l'ordre de 900 auxiliaires de puériculture en 2015 ;

⁷³ Décret n°2020-553 du 11 mai 2020 relatif à l'expérimentation des modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche

⁷⁴ Données DADS-GF 2010-2017, DSN 2018, Insee, traitement Drees

⁷⁵ CREDOC, « Les professionnels dans les établissements et services d'accueil collectif de jeunes enfants », 2011 – le rapport estime que les effectifs d'auxiliaires sont compris entre 35 500 et 41 000.

⁷⁶ La mission n'a trouvé aucune donnée consolidée sur les auxiliaires de puériculture exerçant en établissements de santé. L'estimation présentée provient d'une déduction entre le nombre total d'AP, les AP exerçant en crèche et celles exerçant dans le secteur médico-social.

⁷⁷ Données DREES issue de l'enquête sur le personnel des établissements de l'aide sociale à l'enfance : fin 2017, les auxiliaires de puériculture représentaient 3 % des effectifs (59745)

- Dans les établissements accueillant des enfants en situation de handicap : environ 400 auxiliaires en 2014⁷⁸.

1.4.2.2 Les auxiliaires de puériculture pointent un manque de valorisation de leurs compétences à l'hôpital

[155] Les auxiliaires de puériculture rencontrées par la mission soulignent que leur fonction est peu reconnue et valorisée à l'hôpital, et progressivement confondue avec celle des aides-soignantes. D'après l'association des auxiliaires de puériculture, un nombre croissant d'hôpitaux exigent la double compétence aide-soignante / auxiliaire de puériculture, pour plus de polyvalence.

[156] Cette substitution entre auxiliaires de puériculture et aides-soignantes (à l'instar des puéricultrices et des infirmières généralistes) est favorisée par l'absence de normes⁷⁹ fixant la proportion d'auxiliaires de puériculture exerçant dans les services de pédiatrie ou de maternité, par rapport aux aides-soignantes.

[157] Leurs compétences seraient insuffisamment exploitées, en particulier en matière de conseils parentaux ou de capacité à administrer certains médicaments. Le développement des protocoles, pour des raisons de sécurité, dans le cadre de démarche qualité, a également réduit les marges de manœuvre des aides-soignants et auxiliaires de puériculture dans leur exercice.

1.4.2.3 La réingénierie du métier et de la formation d'auxiliaire de puériculture, qui est presque achevée, vise une meilleure reconnaissance de la profession

[158] Le métier et la formation de puériculture sont actuellement régis par des textes de 2006 et 2007⁸⁰. La formation dure un an, elle est accessible sans condition de diplôme, et est sanctionnée par un diplôme de niveau V.

[159] Une réingénierie de ces textes, conjointement avec ceux du métier d'aide-soignant, a été initiée en 2019 et devrait aboutir au premier semestre 2021⁸¹. Elle vise à améliorer l'attractivité de ces métiers et à revaloriser ces professions, en cohérence avec les revalorisations statutaires prévues par le Ségur de la santé. Le métier d'auxiliaire de puériculture restera sous la responsabilité de l'infirmier, mais de nouvelles missions lui seront confiées, en matière de soins courants et de soins aigus, pour un exercice plus spécialisé.

[160] La réforme de la formation, déjà engagée par la suppression du concours d'accès en 2020⁸², doit permettre une adaptation du contenu de la formation à l'évolution des compétences, mais aussi le développement de l'apprentissage, des passerelles et de la VAE. Ces évolutions doivent permettre de renforcer l'attractivité de la formation. L'évolution des compétences se traduira par un diplôme de niveau IV.

⁷⁸ Données DREES - enquête auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés

⁷⁹ L'article D 712-84 du code de la santé publique prévoit la présence permanente d'une aide-soignante ou d'une auxiliaire de puériculture (sauf pour les maternités de moins de 500 naissances par an).

⁸⁰ Décret n°2007-1301 du 31 août 2007 relatif aux diplômes d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'ambulancier et arrêté du 16 janvier 2006 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture.

⁸¹ Les arrêtés étaient examinés par le haut conseil des professions paramédicales en avril 2021.

⁸² L'arrêté du 7 avril 2020 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture remplace le concours d'accès par une sélection sur dossier et entretien

1.5 La prise en charge des enfants par les autres professionnels de santé médicaux et paramédicaux nécessite des compétences et une valorisation financière adaptée

[161] De nombreux autres professionnels de santé, médicaux ou paramédicaux, interviennent auprès des enfants, que ce soit pour la prévention ou pour les soins. C'est notamment le cas des sages-femmes (23 000 en France en 2020), qui jouent un rôle pour la prise en charge des nouveau-nés (jusqu'à 28 jours).

[162] Compte-tenu des délais impartis et du nombre de professions concernées, la mission n'a pu investiguer les problématiques de l'ensemble de ces professionnels.

[163] Plusieurs enjeux transverses peuvent toutefois être soulignés :

- La prise en charge des enfants peut nécessiter un matériel adapté, mais elle exige surtout des compétences particulières, en particulier pour la prise en charge des plus petits (moins de six ans). Ainsi, une enquête portant sur l'imagerie pédiatrique montre que les premiers freins à la prise en charge des enfants sont la nécessité d'une prise en charge particulière et la formation insuffisante⁸³ ;
- La prise en charge des enfants, en particulier des plus jeunes, est souvent plus complexe et plus longue, ce qui n'est pas toujours intégré dans la valorisation financière des actes, que ce soit en ville ou à l'hôpital. Ainsi, jusque récemment, la nomenclature des infirmiers libéraux n'intégrait pas de tarification spécifique pour les jeunes enfants. Une majoration a récemment été introduite pour les jeunes enfants, mais celle-ci est d'un montant modeste (3,15 €). Ainsi, des parents d'enfants atteints de maladies rares, nécessitant des soins lourds, ont témoigné de leur difficulté à trouver des infirmiers libéraux pour la prise en charge de leurs enfants à domicile, compte-tenu de la tarification existante. De même, de nombreux praticiens hospitaliers ont pointé le manque de valorisation financière des actes pédiatriques et de chirurgie pédiatrique par la tarification à l'activité (T2A), qui prendrait insuffisamment en compte les spécificités de la prise en charge des enfants, en particulier leur durée (cf partie 1.1.3.3 *supra*) ;
- Les délais d'accès à certains professionnels de santé peuvent être élevés, en raison d'une répartition inégalitaire de certaines professions sur le territoire, de l'état de tension de certains métiers ou de compétences pédiatriques peu fréquentes chez certains professionnels. A titre d'exemple, les délais de prise en charge chez un orthophoniste (dont les enfants représentent 40 à 50 % de la patientèle) peuvent être supérieurs à un an⁸⁴, alors qu'une prise en charge précoce des troubles est essentielle ;
- Certains soins ne sont pas remboursés par la sécurité sociale en libéral (notamment les séances de diététicien, de psychomotricien ou d'ergothérapeute) ou de manière encore dérogatoire ou partielle (séances de psychologues⁸⁵), ce qui crée d'importantes inégalités d'accès aux soins pour les enfants.

⁸³ Rapport « Accès aux examens d'imagerie pédiatriques », société française de radiologie et société française de pédiatrie, 2015

⁸⁴ Donnée issue de la fédération française des orthophonistes

⁸⁵ En avril 2021, le président de la République a annoncé la mise en place pendant 6 mois d'un forfait de prise en charge de 10 séances de psychologues en ville pour des enfants et adolescents de 3 à 17 ans, sur prescription médicale.

2 L'offre en santé ne répond pas à tous les besoins de santé des enfants

2.1 Le système préventif de santé de l'enfant se développe, sans être universel, et les inégalités sociales en santé restent marquées

2.1.1 L'état de santé des enfants et des adolescents en France est globalement bon mais marqué par de fortes inégalités sociales

2.1.1.1 L'état de santé des enfants français est globalement bon, mais les comparaisons internationales sont défavorables pour certains indicateurs de santé

[164] Sur une longue période, l'état de santé des enfants s'est considérablement amélioré en France et dans les pays de l'OCDE. Ainsi, certaines infections autrefois courantes, telles que la poliomyélite, certaines méningites ou la rougeole ont quasiment ou totalement disparu grâce à la vaccination. L'Académie américaine de pédiatrie a récemment classé parmi les progrès majeurs en pédiatrie la prévention des maladies infectieuses avec la vaccination, la guérison de cancers de l'enfant, les progrès considérables dans la prise en charge des enfants prématurés, ou encore l'augmentation de l'espérance de vie des enfants souffrant de maladies chroniques.

[165] Sur une période plus récente, l'évolution de l'état de santé des enfants et des adolescents est plus contrastée. Des évolutions favorables sont constatées pour l'état de santé bucco-dentaire des enfants (en 2015, 68 % des enfants scolarisés en classe de CM2 sont indemnes de caries, soit une amélioration de 8 points par rapport au taux de 2008) ainsi que pour l'obésité et le surpoids des enfants en France, qui se stabilisent, voire régressent pour les plus jeunes⁸⁶.

[166] Toutefois, certains indicateurs ont stagné ou se sont dégradés dans les années récentes et l'état de santé des enfants et des adolescents français est moyen, en comparaison internationale :

- D'après l'UNICEF, la France est classée 17^{ème} sur 40 concernant la santé et le bien-être des enfants⁸⁷ ;
- Le taux de mortalité infantile en France est légèrement supérieur à la moyenne de l'OCDE (28^{ème} position de la France sur 44 pays en 2017)⁸⁸. Il est stable en France depuis 2005, alors qu'il a tendance à baisser dans les autres pays européens ;
- La France présente aussi un taux relativement élevé de nourrissons de faible poids à la naissance en 2017, supérieur à la moyenne de l'OCDE (30^{ème} position sur 44). Cet indicateur s'est dégradé en France depuis 2000 (+ 17 %)⁸⁹. De même, le taux d'enfants prématurés augmente en France, de 4,5 % des naissances en 1995 à 6 % en 2016 (source : DREES 2017) ;

⁸⁶ Les enquêtes menées au cours des 13 dernières années témoignent d'une stabilisation du surpoids et de l'obésité pour les enfants et adolescents des classes de CM2 entre 2005 et 2013 et en 3^e entre 2001 et 2009 alors qu'on observe un recul significatif du surpoids entre 2000, 2006 et 2013 pour les plus jeunes (grande section de maternelle) ; les résultats des deux dernières enquêtes HBSC réalisés en 2006 et 2014 auprès de collégiens rapportent également une stabilisation des prévalences du surpoids et de l'obésité. Source : « L'état de santé de la population en France- Rapport 2017 », DREES, Santé Publique France

⁸⁷ L'évaluation repose sur cinq indicateurs : mortalité néonatale (moins de 4 semaines), taux de suicide (0 à 19 ans), symptômes de troubles mentaux (de 11 à 15 ans), taux d'ébriété (de 11 à 15 ans), taux de fécondité des adolescentes (15-19 ans). Les pays les mieux classés sont le Portugal (1), l'Islande (2), l'Espagne (3), l'Allemagne (4), et la Norvège. Source : "Bilan Innocenti 14- les enfants et les objectifs de développement durable dans les pays riches", Unicef, 2017

⁸⁸ Panorama de la santé, OCDE, 2019

⁸⁹ Panorama de la santé 2019, les indicateurs de l'OCDE

- Enfin, la France est plus touchée par le surpoids des enfants que la moyenne de l'OCDE : 32,4 % des enfants de 5 à 9 ans sont concernés, contre 31,4 % en moyenne dans l'OCDE (27^{ème} position française).

[167] Par ailleurs, à l'instar de l'ensemble de la population, la santé des enfants et des adolescents est marquée par une hausse des maladies chroniques⁹⁰. Ainsi, le nombre d'enfants de moins de 15 ans ayant une affection de longue durée a progressé de 23 % depuis 2012, alors que la population de cette tranche d'âge a diminué de 1 % sur cette période. En 2018, 370 000 enfants avaient une affection de longue durée, soit 3,2 % des moins de 15 ans.

2.1.1.2 Les inégalités sociales en santé commencent dès le plus jeune âge

[168] Les inégalités sociales de santé apparaissent avant même la naissance, avec des différences de suivi prénatal et de comportements à risque pour l'enfant à naître⁹¹. Ainsi 94 % des femmes cadres déclarent ne pas avoir fumé pendant leur grossesse contre 66 % des ouvrières. Les habitudes de vie, les facteurs culturels et économiques ainsi que l'exposition environnementale contribuent à creuser ces inégalités dans l'enfance.

[169] En 2013, 12 % des enfants de grande section de maternelle sont en surcharge pondérale et 3,5 % sont obèses ; les enfants de milieu social modeste sont plus souvent en surcharge pondérale et celle-ci persiste plus souvent au cours de l'enfance et de l'adolescence⁹². Ainsi, 7 % des enfants de cadres sont en surcharge pondérale et 1 % sont obèses, contre respectivement 16 % et 6 % chez les ouvriers⁹³. Ces fortes inégalités sociales se retrouvent en termes de santé bucco-dentaire (8 % des enfants de cadres ont au moins une dent cariée contre 30 % pour les ouvriers), de pratique sportive ou d'exposition aux écrans⁹⁴ : en 2015, 8 % des enfants de cadres contre 16 % des enfants d'ouvriers passent au moins deux heures par jour devant un écran en semaine⁹⁵.

[170] Ces inégalités auront des conséquences sur la santé tout au long de la vie d'adulte, notamment en raison du développement de facteurs de risques.

⁹⁰La hausse est particulièrement élevée pour les maladies psychiatriques (+14 % entre 2015 et 2018), le diabète de type 1 ou 2 (+ 13 %), les affections neurologiques (+7 %), les insuffisances respiratoires (+5 %), les maladies métaboliques (+6 %) ; en revanche, les insuffisances cardiaques et maladies cardiaques diminuent (-2 %). L'ensemble de ces pathologies représentent 78 % des patients en ALD. Source des données : assurance maladie

⁹¹ Les inégalités sociales de santé apparaissent avant la naissance et se creusent durant l'enfance. GAINI M., GUIGNON N., LEGLEYE S., MOISY M., SPILKA S., VILAIN A., INSEE Références, édition 2020.

⁹² Le risque de persistance à l'âge adulte varie de 20 à 50 % si l'obésité est apparue avant la puberté et de 50 à 70 % après.

⁹³ 1^{ers} Etats généraux de la prévention des cancers – 21/11/2018

⁹⁴ "La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge", DREES, Etudes et résultats n° 920, 2015, et DREES, "En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale", Etude et résultats n°1122, 2019

⁹⁵ Les inégalités sociales de santé apparaissent avant la naissance et se creusent durant l'enfance - Mathilde Gaini, Nathalie Guignon, Stéphane Legleye, Muriel Moisy, Stanislas Spilka, Annick Vilain* - Insee Références, édition 2020 - Éclairage : Enfants mineurs, quelle égalité ?

2.1.1.3 L'état de santé des enfants Français diffère aussi selon les territoires : l'exemple des départements d'Outre-Mer

[171] Les indicateurs de santé ainsi que les déterminants de santé des enfants sont plus défavorables en Outre-Mer qu'en métropole :

- La mortalité infantile est deux à trois fois plus élevée en Outre-Mer qu'en métropole ⁹⁶. Elle varie sensiblement selon les départements d'outre-mer : 5,7 pour 1000 enfants en Martinique, 6,7 à la Réunion, 8 pour 1000 en Guyane, 8,2 en Guadeloupe et 10,1 pour 1000 à Mayotte⁹⁷ (contre 3,5 en moyenne en France)⁹⁸. A l'inverse, la mortalité infantile varie relativement peu entre les régions métropolitaines ;
- La prévalence du surpoids et de l'obésité est plus importante chez les enfants d'Outre-mer, quel que soit leur âge, que la moyenne française ⁹⁹;
- De même, la santé bucco-dentaire des enfants est moins bonne en Outre-Mer : les enfants scolarisés dans les DOM ont deux fois plus souvent des dents cariées non traitées qu'en Métropole¹⁰⁰.

[172] La santé des enfants est particulièrement dégradée à Mayotte, où des situations de carence nutritionnelle sont observées chez les enfants : la malnutrition frapperait 10 % des enfants de 4 à 10 ans¹⁰¹.

2.1.2 Les dispositifs de suivi et de prévention des enfants et des adolescents se renforcent, mais ils ne sont pas universels, et forment un système peu lisible pour les parents

2.1.2.1 Un système de suivi et de prévention de la santé de l'enfant foisonnant

[173] Les dispositifs de suivi et de prévention de la santé de l'enfant et de l'adolescent sont nombreux, et plusieurs d'entre eux ont été renforcés ces dernières années, notamment par la loi de modernisation de notre système de santé en 2016 et par le Plan prévention santé en 2018 :

- Avant la naissance, l'**entretien prénatal précoce**¹⁰² ainsi que les séances de préparation à la naissance et à la parentalité¹⁰³ ont une visée préventive importante. Le renforcement de

⁹⁶ De 2,8 pour 1000 habitants en Corse à 3,7 en Ile-de-France

⁹⁷ Donnée 2014 pour la Martinique, la Réunion et la Guadeloupe (« L'état de santé de la population en France- Rapport 2017 », DREES, Santé publique France) ; donnée 2016 pour Mayotte (Surmortalité des enfants et des femmes de 60 ans ou plus, Insee Flash Mayotte n°68, mai 2018)

⁹⁸ Le taux de mortalité périnatale varie aussi selon les départements d'Outre-mer et s'établit, pour la période 2012-2014 à 19,1 en Guyane ; 13,7 à La Réunion ; Guadeloupe 17,9 ; Martinique 18,6 ; Mayotte 18,1.

⁹⁹ En grande section de maternelle, 12,7 % des enfants d'Outre-mer souffraient de surpoids (contre 11,9 en moyenne en France) et 4,8 % d'obésité (contre 3,5 en France). En CM2 : 22,4 % de surpoids en 2014-2015 contre 18,1 % en moyenne, obésité 5,5 contre 3,6 (source : « L'état de santé de la population en France- Rapport 2017 », DREES, Santé Publique France)

¹⁰⁰ « Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge », DREES, Etudes et Résultats n°847, juillet 2013

¹⁰¹ « Evaluation des besoins de santé à Mayotte », IGAS, 2017

¹⁰² L'entretien prénatal précoce (EPP) est un entretien, individuel ou en couple, avec une sage-femme ou un médecin, qui peut être conduit dès le 4^{ème} mois de grossesse. Il est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie. Actuellement, 28 % des femmes enceintes bénéficient d'un EPP, essentiellement réalisé par des sages-femmes. La loi LFSS 2020 (loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019) a rendu l'EPP obligatoire à compter du 1^{er} mai 2020. L'EPP permet de repérer les facteurs de vulnérabilité, d'apporter le cas échéant un soutien précoce aux parents pendant la grossesse, ce qui permet de prévenir les troubles de la relation parent-enfant et la dépression postpartum. Le plan des 1000 jours prévoit la promotion de l'EPP auprès de l'ensemble des parents et des professionnels, avec une enveloppe de 10 Mi d'euros.

¹⁰³ Les sept séances de préparation à la naissance et à la parentalité, obligatoires et remboursées à 100 % par l'assurance maladie, permettent notamment de connaître les soins à apporter à l'enfant dès la naissance.

l'entretien prénatal précoce, qui ne bénéficie aujourd'hui qu'à 28 % des femmes enceintes¹⁰⁴, et a été rendu obligatoire à compter du 1^{er} mai 2020, est poursuivi par le gouvernement dans le cadre du plan des 1000 jours (détail sur le plan des 1000 jours dans l'encadré *infra*);

- Les **dépistages néonataux**, qui concernent les nouveau-nés qui naissent en France, et visent à détecter et traiter les maladies rares, sévères et le plus souvent génétiques, ont été enrichis début 2021 d'une 6^{ème} maladie¹⁰⁵ ;
- Les **vaccinations obligatoires** pour la petite enfance ont été renforcées en 2017 (11 vaccins obligatoires à compter de 2018, au lieu de trois), afin d'enrayer certaines maladies infectieuses, comme la rougeole (voir le calendrier des vaccinations obligatoires dans l'encadré page suivante) ;
- Les **examens obligatoires de l'enfant**, 20 examens de santé pris en charge à 100 % par l'assurance maladie pour les enfants et les adolescents, doivent permettre la réalisation de nombreux dépistages (croissance, vue et audition, langage, troubles du développement, troubles des apprentissages...) ¹⁰⁶ et la pratique des vaccinations. Leur calendrier a été révisé en 2019 pour renforcer le suivi et la prévention au cours de la première année, et auprès des enfants de plus de six ans, notamment pour les adolescents. Leur taux de réalisation n'est actuellement pas connu (détail dans l'encadré sur les examens obligatoires *infra*) ;
- Certains de ces **examens de santé peuvent être réalisés à l'école**, pour repérer de manière précoce les éventuels troubles de santé pouvant affecter les apprentissages :
 - Le bilan de santé à 3-4 ans, à l'école maternelle, doit être généralisé d'ici à 2022 (en parallèle de la scolarisation obligatoire dès 3 ans). Ce bilan de santé est actuellement réalisé pour environ 70 % des enfants, avec de fortes disparités départementales. La visite, réalisée par la PMI, permet le dépistage des troubles de la santé, en particulier du langage oral¹⁰⁷ ;

¹⁰⁴ Selon la DGS, 45 % des femmes enceintes en bénéficient, mais seules 28 % déclarent avoir bénéficié de cet examen.

¹⁰⁵ Les 6 maladies dépistées, qui débute précocement après la naissance en l'absence de traitement sont : la phénylcétonurie, l'hypothyroïdie congénitale, l'hyperplasie congénitale des surrénales, la mucoviscidose, le déficit en MCAD, et la drépanocytose (si l'enfant fait partie des populations exposées à cette maladie). Source : site du ministère de la santé

¹⁰⁶ La HAS recommande depuis 2005 la réalisation des dépistages et repérages suivants chez les enfants et les adolescents : croissance, obésité, autisme et troubles envahissants du développement, troubles des apprentissages, troubles de l'hyperactivité avec déficit de l'attention, audition, langage oral et écrit, vision, saturnisme, asthme et rhino-conjonctivite allergique, développement pubertaire, scoliose, risques liés à la sexualité, troubles anxieux, conduites à risques, troubles des conduites, troubles oppositionnels, conduites suicidaires, consommations de produits, troubles du comportement alimentaire, dépression, retards de développement. Certains dépistages font l'objet de tests spécifiques, notamment pour le langage et le développement (tests ERTL 4, BSEDS 5-6, ERTLA 6, BREV, DPL3...).

Sources : « Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires » et « Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires », HAS, Recommandation de bonne pratique, 2005

¹⁰⁷ La réalisation du bilan de santé des 3-4 ans, notamment à l'école maternelle, figurait déjà dans les missions de la PMI (article L.2112-2 du code de la santé publique). La loi du 28 juillet 2019 (loi pour une Ecole de la confiance) a rendu ce bilan de santé obligatoire (article L 541-1 du code de l'éducation). Il est réalisé par la PMI, ou, de manière subsidiaire, par les professionnels de santé de l'éducation nationale (lorsque la PMI n'est pas en mesure de la réaliser). L'examen de santé permet notamment le dépistage des troubles de la santé, qu'ils soient sensoriels, psycho-affectifs, statur pondéraux ou neuro-développementaux, en particulier du langage oral.

- La visite médicale des 6 ans à l'école, qui vise en particulier le dépistage des troubles spécifiques du langage et des apprentissages, était auparavant obligatoire, mais elle est de moins en moins réalisée dans les faits¹⁰⁸, en raison de la démographie déclinante des médecins scolaires. Désormais, elle sera ciblée sur les enfants qui nécessitent un examen approfondi¹⁰⁹ ;
- Une visite de dépistage est réalisée au cours de la 12^{ème} année par un infirmier, prévue par l'arrêté du 3 novembre 2015. Son taux de réalisation est estimé à 62 % des élèves¹¹⁰.
- Le dispositif du **médecin traitant de l'enfant**, a été créé en 2016 pour les enfants de moins de 16 ans notamment pour renforcer la prévention. En effet, la réalisation et le suivi des examens obligatoires figurent parmi les missions du médecin traitant. Ainsi, la plupart des indicateurs qui déterminent la rémunération associée concernent des actions de prévention (vaccinations, part des enfants dont l'indice de masse corporelle est renseigné, part des patients de moins d'un an ayant eu un dépistage auditif ou visuel, part des patients de 3 à 5 ans ayant bénéficié d'un dépistage des troubles du langage, part des patients visés par le programme MT dents ayant réalisé un examen bucco-dentaire,..¹¹¹) ;
- Enfin, le **carnet de santé** de l'enfant, dans lequel les résultats des examens médicaux doivent être notés, est également un support pour les messages préventifs à destination des parents (calendrier des vaccination, conseils d'alimentation, ...).

¹⁰⁸ La DGESCO rapporte un taux de visite de 6^{ème} année de 47,5 % en 2015-2016 (contre 76,6 % en 2013-2014) dans son enquête santé-social. La cour des comptes estime le taux de réalisation à 18 % en 2018 (contre 26 % en 2013), à partir d'une enquête réalisée auprès des académies (rapport de 2020 sur les personnels de santé scolaire). Si le taux de réalisation varie notablement selon les deux sources, elles coïncident sur la tendance nette à la baisse de la réalisation de la visite médicale de la 6^{ème} année à l'école.

¹⁰⁹ L'article L.541-1 du code de l'éducation prévoit au cours de la sixième année une visite organisée dans des conditions fixées par voie réglementaire. Le texte réglementaire n'a pas encore été promulgué, mais le site de l'Education nationale indique que les enfants seront repérés, en lien avec les familles, en s'appuyant sur une coordination renforcée entre la médecine de l'Education nationale, les autres professionnels de santé (infirmiers de l'Education nationale, PMI, médecins généralistes et pédiatres, etc.) et l'ensemble de l'équipe éducative, dont les enseignants, psychologues et les assistants de service social en faveur des élèves. Le médecin déterminera, après étude des éléments du parcours de santé de l'enfant, ceux qu'il verra en visite approfondie.

¹¹⁰ Donnée de la Cour des comptes, rapport de 2020 sur les personnels de santé scolaire

¹¹¹ Source : avenant n°1 de la convention médicale de 2016

Le plan des 1000 jours

Le plan a été annoncé après la remise du rapport de la commission des 1000 jours (constituée de gynécologues-obstétriciens, pédopsychiatres, psychologues, sages-femmes, professeurs des universités et présidée par le neuropsychiatre Boris Cyrulnik) au gouvernement en septembre 2020. Les mesures couvrent la période des 1000 premiers jours de l'enfant (en intégrant la période prénatale), période jugée essentielle pour le bon développement et la construction de l'enfant et pour lutter contre les inégalités en santé. Le plan des 1000 jours prévoit notamment :

- l'allongement du congé paternité et d'accueil de l'enfant à 28 jours ;
- la création d'un parcours 1000 premiers jours, intégrant la généralisation de l'entretien prénatal précoce au 4^{ème} mois et la généralisation des visites à domicile mère-enfant par les PMI ;
- le renforcement des moyens des maternités et des PMI, avec 9 millions d'euros annoncés pour la création de 200 postes dans une centaine de maternités prioritaires d'ici 2022, et 35 millions d'euros supplémentaires consacrés aux PMI de 70 départements en 2021 ;
- la création d'une application numérique « App 1000 jours » en 2021 pour donner accès aux parents à une information de référence sur des sujets tels que l'allaitement ou l'exposition aux écrans ;
- la création d'un référent pour accompagner les parents les plus vulnérables ;
- un plan de formation continue des professionnels de l'accueil du jeune enfant.

Tableau 5 : Calendrier des vaccinations obligatoires pour les nourrissons et les enfants en 2020

	Vaccination	Rappel
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP) Coqueluche	2 et 4 mois 11 mois	6 ans 11 à 13 ans
Hépatite B		
Pneumocoque		
Haemophilus Influenzae de type b		
Méningocoque C	5 mois	
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)	12 mois 16 à 18 mois	

Source : D'après le calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2020 du Ministère des solidarités et de la santé – Mars 2020

Les examens de santé obligatoires, du nouveau-né à l'adolescent : calendrier, contenu, taux de réalisation

L'arrêté du 26 février 2019 précise le calendrier des examens de santé dits « obligatoires » :

- dans les 8 jours qui suivent la naissance
- au cours de la 2^{ème} semaine
- à la fin du premier mois
- au cours des 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème}, 9^{ème}, 12^{ème}, 13^{ème} mois
- entre 16 et 18 mois
- au cours du 24^{ème} ou du 25^{ème} mois
- au cours de la 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème} année
- entre 8 et 9 ans
- entre 11 et 13 ans
- entre 15 et 16 ans.

Trois examens (8 jours, 9 mois et 24 mois) donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé (art. R. 2132-2 du CSP). Réalisés par le médecin généraliste, le pédiatre, en cabinet ou en PMI, ils sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie sur la base des tarifs de responsabilité (hors dépassements d'honoraires), et sans avance de frais.

L'article R 2132-1 du code de la santé publique précise que ces examens ont pour objet la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement de l'enfant et de l'adolescent ainsi que le dépistage des anomalies ou déficiences (sensorielles, notamment visuelles, auditives, troubles du langage, troubles du comportement...) et la pratique des vaccinations. Ces consultations sont aussi mises à profit, de manière adaptée à l'âge, pour la promotion des comportements et environnements favorables à la santé (notamment pour la prévention des addictions et la santé sexuelle des jeunes).

Le calendrier des examens a été revu par la loi de financement de la sécurité sociale, avec un renforcement du suivi au cours de la première année (création des examens de la 2^{ème} semaine et du 11^{ème} mois), et après 6 ans (création de trois examens, entre 8 et 9 ans, 11 et 13 ans et 13 et 15 ans). En revanche, le rythme de consultation a été diminué entre 2 et 6 ans.

Le taux de réalisation de ces examens de santé n'est actuellement pas connu. La création en 2016 de cotations spécifiques pour ces examens de santé obligatoires (pour les examens réalisés à tarif opposable) et la revalorisation des tarifs de ces examens, en particulier ceux avec certificat médicaux, devrait permettre leur meilleure identification dans les statistiques de l'assurance maladie. Les premières données disponibles, transmises par la CNAM, qui couvrent la période janvier-septembre 2020, indiquent un taux de réalisation de l'ordre de 50 % pour l'examen du 9^{ème} mois et d'environ 35 % pour l'examen du 24^{ème} mois. Cependant, ces taux faibles doivent être interprétés avec beaucoup de précaution : tous les examens de santé ne sont pas forcément correctement cotés par les médecins (notamment s'ils pratiquent des dépassements d'honoraires), et l'épidémie de COVID a conduit à une baisse de la réalisation des examens de santé, en particulier les examens préventifs de l'enfant. Par ailleurs, les examens réalisés à l'hôpital ne sont pas intégrés dans ces statistiques.

Les statistiques de la DREES sur les certificats médicaux, qui sont elles aussi très incomplètes, indiquent un taux de retour des certificats de 38 % au 9^{ème} mois et 29 % au 24^{ème} mois en 2015¹¹². Ces certificats médicaux, très précieux à titre épidémiologique, restent sous format papier et doivent être transmis par le médecin à la PMI, qui s'assure de la collecte des données. On observe une baisse continue du taux de retour des certificats. Un projet de dématérialisation de ces certificats médicaux est en cours.

¹¹² Données du haut conseil de la santé publique citées par le « Rapport relatif au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de zéro à six ans », RIST, BARTHET-DERRIEN, 2019

[174] Par ailleurs, au-delà de ces dispositifs réglementaires à visée universelle, des programmes de prévention à destination des enfants sont aussi mis en œuvre, par divers acteurs. L'Assurance maladie déploie des programmes à l'échelle nationale, comme le programme MT Dents, qui permet la prise en charge de rendez-vous et de soins chez le chirurgien-dentiste aux enfants et aux jeunes à partir de 3 ans. Certaines actions de prévention de l'assurance maladie sont déployées à l'échelle locale, comme l'expérimentation de la prévention de l'obésité « Mission : retrouve ton cap », qui propose, dans trois régions¹¹³, une prise en charge pluridisciplinaire (diététicien, psychologue) et gratuite aux enfants à risque d'obésité.

[175] Les agences régionales de santé financent aussi des programmes de prévention à l'échelle régionale, qui peuvent être portés par des acteurs variés (acteurs associatifs, URPS, ...). Ainsi, l'URPS des masseurs-kinésithérapeutes déploie en Occitanie un programme de prévention des troubles rachidiens et de l'obésité des enfants et adolescents en milieu scolaire. La fédération nationale des orthophonistes, en partenariat avec la CNAM, porte une expérimentation d'une action de dépistage des troubles du langage et de la communication chez les enfants en petite section de maternelle qui est prévue dans trois villes.

2.1.2.2 Les limites : des dispositifs qui ne sont pas universels, un système de santé préventif des enfants peu lisible

[176] En premier lieu, **les dispositifs de suivi et de prévention ne parviennent pas à toucher l'ensemble des enfants**, à l'exception des dépistages néonataux¹¹⁴ et, dans une moindre mesure, des vaccinations obligatoires¹¹⁵. En particulier, les examens de santé préventifs ne sont pas universels, y compris les examens réalisés à l'école, qui touchent au mieux 70 % des enfants (pour le bilan des 3/4 ans), avec des disparités départementales très fortes. Aucun acteur ne s'assure aujourd'hui de la réalisation de ces examens de santé pour l'ensemble des enfants et, à l'inverse, certains enfants peuvent bénéficier de plusieurs bilans ou dépistages au même âge (en ville et à l'école), par méconnaissance des examens réalisés à l'école. Par ailleurs, les examens de santé ne permettent pas nécessairement la réalisation de l'ensemble des dépistages : des travaux de l'INED portant sur l'action des PMI montrent que si près de 80 % des enfants bénéficient d'au moins un dépistage à l'âge de 3-4 ans, seuls 17 % bénéficient d'un bilan médical complet¹¹⁶.

[177] De même, les programmes de prévention ne permettent pas de toucher l'ensemble des enfants : le programme MT'Dents de l'Assurance maladie, programme ancien et relativement bien connu, couvrait 36 % des bénéficiaires en 2018, avec des variations selon les tranches d'âge (48 % à 6 ans contre 27 % à 15 ans).

¹¹³ Nord-Pas-de Calais, Seine Saint Denis et La Réunion

¹¹⁴ En 2019, 763 706 enfant ont bénéficié de ce dépistage, réalisé le plus souvent à la maternité, entre 2 et 3 jours après la naissance.

¹¹⁵ D'après Santé Publique France, les taux de vaccination sont supérieurs à 95 % pour le DTP et la coqueluche en 2018 à 24 mois ; le taux est également élevé (>90 %) pour le pneumocoque (92 % ont eu 3 doses à 24 mois en 2018) et l'hépatite B (90 % à 24 mois en 2018) ; les taux sont moins élevés, mais en hausse, pour le ROR (84 % d'admission des deux doses à 24 mois, en augmentation depuis 2010) et le méningocoque C (85 % de vaccinés à 24 mois en 2019). L'extension de la vaccination obligatoire depuis 2018 conduit à une hausse des taux de vaccination pour les vaccins rendus obligatoires (hépatite B, pneumocoque, méningocoque C, rougeole) Source : Synthèse du premier bilan annuel des obligations vaccinales du nourrisson, décembre 2019, Santé publique France, ANSM, Assurance maladie

¹¹⁶ Les travaux de l'INED s'appuient sur la cohorte ELFE, avec des données à l'échelle de 30 départements. Des disparités importantes sont observées selon les départements : de 1 à 74 % des enfants bénéficient d'un bilan médical complet. Source : Bois C, Milcent K, Dufourg MN, Charles MA. Bilan de santé des enfants de 3-4 ans en école maternelle par la Protection maternelle et infantile en 2014-2016 : disparités départementales des pratiques. Bull Epidemiol Hebd. 2020;(1):9-17. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/1/2020_1_2.html

[178] En deuxième lieu, **le système de santé des enfants est peu lisible pour les parents**. D'après l'UNAF, les parents consultés n'identifient pas clairement le rôle des différents acteurs (pédiatre, médecin généraliste, PMI), en particulier pour la réalisation des consultations obligatoires. La création d'un médecin traitant de l'enfant n'a pas permis de clarifier le paysage et l'articulation des missions des uns et des autres. Les familles s'interrogent aussi sur l'universalité de la prise en charge de la PMI.

[179] De même, le rapport de la mission sur le parcours coordonné de l'enfant de 0 à 6 ans (RIST, BARTHET, 2019) soulignait « le manque de lisibilité pour les parents sur les interlocuteurs pertinents et le rôle de chacun, notamment en santé préventive, avec des interlocuteurs différents selon l'âge de l'enfant, et donc un risque de perte d'information. »

[180] Ce rapport pointait aussi « la méconnaissance des familles sur l'existence des bilans et examens de santé de l'enfant, en dépit de leur mention dans le nouveau carnet de santé, ainsi que leurs conditions de prise en charge. » L'Assurance maladie adresse désormais aux parents un message électronique de rappel pour la réalisation des bilans de santé de l'enfant, au moment de l'anniversaire de l'enfant, à 11 moments du parcours de l'enfant (2 mois, 4 mois, 10 mois, 22 mois, 8 ans, 9 ans, 11 ans, 12 ans, 13 ans, 15 ans ou 16 ans), en rappelant notamment les dates de rappel de vaccination. Toutefois, ces messages ne concernent que 7 des 20 examens obligatoires de l'enfant.

[181] Enfin, les parents comme les professionnels pointent l'importance du carnet de santé, comme outil de prévention, de suivi et de communication. Il est le support de messages de prévention fiables (dans un contexte d'informations en ligne foisonnantes), et permet le suivi du développement de l'enfant et de son parcours de santé, et enfin constitue un outil de communication entre les familles et les professionnels de santé et ainsi qu'entre les professionnels.

[182] Toutefois, tous les interlocuteurs soulignent que le carnet de santé n'est pas toujours bien annoté, et les informations de prévention qui y figurent ne peuvent être actualisées au fil de l'eau en fonction des recommandations scientifiques. Par ailleurs, seuls 12 des 20 examens obligatoires font l'objet d'un contenu détaillé dans le carnet de santé. La dématérialisation du carnet de santé, en lien avec le dossier médical partagé, apparaît urgente et indispensable aux professionnels de santé, en particulier pour faciliter le partage d'informations. Un projet de dématérialisation a été initié par le ministère et l'assurance maladie, avec pour horizon l'intégration d'un carnet de santé électronique dans l'espace numérique en santé au 1^{er} janvier 2022.

2.2 Le recours croissant aux urgences hospitalières des enfants, en particulier pour les jeunes enfants, témoigne d'un report sur l'hôpital et de nouveaux besoins de santé

2.2.1 Le recours aux urgences des enfants est élevé et n'est pas toujours pertinent

[183] Les analyses sur le recours aux urgences des enfants (qui sont détaillées dans l'annexe 1) montrent que :

- Le recours aux services d'urgences des enfants est important, en particulier pour les enfants de moins de deux ans (6 % des passages aux urgences, 2 % de la population). Il augmente (+2 % par an en moyenne pour les 0-18 ans entre 2013 et 2018), alors que la population des 0-15 ans diminue sur la même période (-3 %) ;
- Les motifs de recours aux urgences des nourrissons sont spécifiques, et concernent les troubles gastroentérologiques et respiratoires (31 %), et des troubles divers (fièvre, pleurs, fatigue...) (39 %). Ils diffèrent très nettement de ceux des enfants de 6 à 15 ans, dominés par le motif de

la traumatologie (60 %). Les enfants de moins de six mois se distinguent aussi par l'importance des démarches auprès d'un médecin précédant le passage aux urgences (38 % des nourrissons, contre 21 % pour les 10-14 ans) ;

- La proportion du recours inadapté aux services d'urgences est élevée, particulièrement pour les urgences pédiatriques où elle représente près de 30 % des consultations. Ces structures accueillent majoritairement des enfants de moins de cinq ans. La difficulté à trouver une consultation non programmée en ville est invoquée par les parents comme par les professionnels comme élément d'explication. L'importance de l'inquiétude parentale concernant les très jeunes enfants, le besoin de réassurance et de conseils en puériculture expliquent aussi ce recours important aux urgences pédiatriques.

2.2.2 Plusieurs expérimentations ont été développées pour limiter le recours injustifié aux urgences des enfants et répondre aux besoins des parents

[184] La mission a recensé des expérimentations de plusieurs natures pour limiter le recours injustifié aux urgences pédiatriques en répondant aux besoins de santé exprimés par les parents :

- En amont des consultations aux urgences, une expérimentation de conseils pédiatriques dispensés par des infirmiers par téléphone, en lien avec la régulation médicale (plateforme téléphonique Courlygonès à Lyon, détaillée dans l'encadré ci-après). Celle-ci permettait d'éviter 95 % de passages aux urgences pour les appels éligibles à la plateforme, qui concernaient des pathologies fréquentes en pédiatrie, habituellement bénignes ;
- Les maisons médicales de garde, souvent situées à proximité immédiate des services d'urgences, qui proposent des consultations médicales assurées par des médecins de ville aux horaires de la permanence de soins, permettent aussi d'éviter 95 % des passages aux urgences pour les patients éligibles ;
- Enfin, des consultations de puériculture sont aussi développées dans plusieurs services d'urgences pédiatriques (cf partie 1.4.1).

[185] Ces expérimentations soulignent l'importance des besoins d'accompagnement et de réassurance chez les parents de jeunes enfants, l'intérêt de s'appuyer sur les compétences des infirmières puéricultrices pour y répondre, et l'importance de la qualité du lien entre les acteurs de ville et les acteurs hospitaliers (y compris les acteurs de la régulation médicale et de la permanence des soins) pour la réussite des dispositifs.

[186] Ces enseignements pourront nourrir le projet de service d'accès aux soins (SAS), actuellement en déploiement dans 22 sites pilotes départementaux en 2021.

Deux expérimentations pour limiter le recours aux urgences pédiatriques : les conseils pédiatriques par téléphone (Courlygones) et la maison médicale de garde pédiatrique (Poissy, 78)

Le dispositif de **plateforme téléphonique** expérimenté pendant plusieurs années à Lyon par l'association Courlygones (jusqu'à l'arrêt de son financement par l'ARS), visait à prévenir le recours aux urgences pédiatriques en délivrant des conseils pédiatriques par téléphone. La plateforme fonctionnait en coopération avec la régulation médicale, pour certaines situations prédéfinies. Ces conseils pédiatriques étaient délivrés par une puéricultrice, une infirmière ou une sage-femme formées par l'association Courlygones, selon un algorithme défini (questions/ réponses créées à partir des plaquettes d'informations réalisés par l'association¹¹⁷). Les appels éligibles à ces conseils pédiatriques concernaient des pathologies fréquentes en pédiatrie, habituellement bénignes mais pouvant être responsables d'une inquiétude importante chez les parents (fièvre chez les enfants de 3 à 6 ans, pleurs sans fièvre chez les enfants de 0 à 4 mois, diarrhée chez les enfants de 12 mois à trois ans, gêne respiratoire chez les enfants de 12 mois à 3 ans, chute chez les enfants à partir de l'âge de la marche).

Ce dispositif permettait, pour 95 % des patients concernés, d'éviter le recours aux urgences (52 % des parents consultaient en ville après l'appel). Le taux de satisfaction des parents s'élevait à 93 % (56 % très satisfaits, 37 % plutôt satisfaits)¹¹⁸.

Une des limites à l'extension du dispositif lors de son fonctionnement était la collaboration avec les médecins régulateurs, parfois difficile en raison de contraintes techniques ou de réticences liées au contexte médico-légal.

Certaines maisons médicales de garde concernent spécifiquement les enfants, à l'instar de la **maison médicale de garde pédiatrique de Poissy (78)**. Située à proximité immédiate des urgences de l'hôpital, elle propose des consultations pour les enfants aux horaires de la permanence des soins (20h à minuit en semaine, de 12h à minuit les week-ends et jours fériés), assurées par des médecins de ville, rémunérés selon les tarifs de la permanence des soins. Les enfants consultant aux urgences sont orientés par l'infirmière d'accueil vers la maison médicale, en fonction de grilles d'orientation. D'après une enquête menée à l'automne 2014, 17 % des patients étaient réorientés vers la maison médicale pendant les horaires de la permanence des soins, et le taux de satisfaction des patients pris en charge par la maison médicale de garde était supérieur à 90 %¹¹⁹. La consultation à la maison médicale permettait d'éviter la consultation aux urgences pour 96 % des patients ; 18 % des parents avaient consulté un médecin de ville après le passage à la maison médicale.

Les principales limites au développement des maisons médicales sont, d'une part, un financement des urgences hospitalières n'incitant pas au développement de structures alternatives, et d'autre part, une difficulté à mobiliser des médecins libéraux sur certains territoires. Ainsi, la maison médicale pédiatrique de Mantes-la-Jolie peine à fonctionner en raison du manque de médecins de ville volontaires pour participer à son fonctionnement.

¹¹⁷ Réalisation de plaquettes d'information sur différentes thématiques telles que « Votre enfant pleure beaucoup », « Votre enfant a de la fièvre », « Votre enfant a de la diarrhée »

¹¹⁸ Analyse de 1366 questionnaires dans le cadre d'un travail de thèse « Mise en place d'une plateforme téléphonique dispensant des conseils standardisés dans le cadre de l'urgence pédiatrique », L SOLE, 2017

¹¹⁹ Enquête menée dans le cadre d'un travail de thèse, durant 7 semaines en septembre et octobre 2014 ; la satisfaction est analysée par le biais de 146 questionnaires (taux de réponse de 27 %). Source : « Adaptation de l'organisation des urgences pédiatriques par une coopération ville-hôpital durant la permanence des soins. Enquête de satisfaction auprès des usagers de la maison médicale de garde pédiatrique du CHIPS », P WOLF, 2014

2.3 Les problématiques spécifiques des enfants vulnérables et des enfants malades pourraient être mieux prises en charge par le système de santé

2.3.1 Des politiques sont mises en place au profit de la santé de certains enfants vulnérables, mais un enjeu d'accès aux soins demeure pour certaines populations

2.3.1.1 Des politiques structurées au profit des enfants prématurés et des maladies rares

[187] Le suivi des enfants prématurés (qui représentent 50 000 à 60 000 enfants, dont 10 % sont grands prématurés, et 5 % très grands prématurés) a été progressivement structuré en France, notamment sous l'égide des plans périnatalité depuis 1995, avec la création de réseaux de périnatalité. A titre d'exemple, en Ile-de-France, un programme régional propose, dans le cadre du réseau périnatal, un suivi spécifique aux enfants vulnérables (enfants nés très prématurés, grands hypotrophes ou atteints de pathologies périnatales sévères). Le dispositif proposé couvre les sept premières années de vie de l'enfant, avec un suivi régulier par un médecin pilote (en ville ou à l'hôpital) et une coordination du parcours de santé de l'enfant, en lien avec les autres intervenants (psychomotricien, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, CAMSP...).

[188] La prise en charge des maladies rares¹²⁰ a également fait l'objet d'une structuration importante, avec trois plans nationaux depuis 2005, permettant la constitution de près de 400 centres de référence maladies rares (CRMR), de 1800 centres de compétences ainsi que de 23 filières de santé maladies rares. Ces structures visent à réduire l'errance et l'impasse diagnostique, favoriser la qualité des prises en charge, et à impulser le développement de la recherche.

2.3.1.2 L'émergence d'une politique pour améliorer la santé très précaire des enfants et adolescents relevant de la protection de l'enfance

[189] Les **enfants et adolescents pris en charge au titre de la protection de l'enfance** (environ 300 000 mineurs¹²¹) constituent une population particulièrement vulnérable en termes de santé (détail dans l'encadré page suivante). Les situations de handicap sont surreprésentées chez ces enfants, ainsi que les problématiques de santé mentale. Or leurs parcours de santé sont souvent heurtés, leurs examens de santé ne sont fréquemment pas réalisés, et leur accès aux soins peut être difficile.

[190] Différentes mesures ont été récemment adoptées afin d'améliorer le suivi de leur santé :

- La loi du 14 mars 2016 a prévu la désignation dans chaque département d'un médecin référent en protection de l'enfance ;
- La stratégie de prévention de la protection de l'enfance 2020-2022 prévoit de systématiser le bilan complet de santé des enfants et des adolescents à leur entrée dans les dispositifs de soins ;
- Une expérimentation est actuellement menée dans plusieurs territoires, dont la Loire-Atlantique, pour déployer un parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés¹²². L'objectif est de garantir le suivi de santé (notamment somatique) de l'ensemble

¹²⁰ 3 millions de personnes sont atteintes de maladies rares. On estime que plus de 70 % des maladies rares débutent à l'âge pédiatrique.

¹²¹ Donnée 2016 de l'observatoire national de la protection de l'enfance

¹²² Le projet a été initié en Loire-Atlantique, conjointement par le CHU de Nantes et le conseil départemental. Il fait aujourd'hui l'objet d'une expérimentation nationale financée dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018.

des mineurs en protection de l'enfance, en s'appuyant sur un réseau de professionnels de santé libéraux spécifiquement formés. Le suivi régulier est assuré par un médecin référent (avec des consultations revalorisées), et des séances de soins non remboursées peuvent être financées (psychologues, ergothérapeutes...). Une solution informatique est également développée pour faciliter le suivi et la coordination. En Loire-Atlantique, les premiers retours attestent d'une mobilisation des médecins et de leur vif intérêt pour les formations proposées sur la protection de l'enfance, souvent méconnue.

[191] Les **enfants et adolescents souffrant de violences** restent encore mal repérés, alors qu'ils représenteraient plus de 10 % de la population¹²³. Les professionnels de santé restent peu nombreux à signaler des violences. Le plan interministériel sur les violences faites aux enfants (2018) prévoyait la création d'équipes référentes en pédiatrie et l'augmentation du nombre d'unités d'accueil et d'écoute pédiatriques spécialisées, pour améliorer le repérage et la prise en charge des enfants victimes et couvrir l'ensemble du territoire d'ici 2022.

L'expérimentation est encadrée par l'arrêté du ministère des solidarités et de la santé du 28 novembre 2019 modifiant l'arrêté du 3 juin 2019 relatif à l'expérimentation pour un parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés. Celle-ci prévoit un forfait de 430 euros par enfant et par an.

¹²³ « La prévention en protection de l'enfance », IGAS, 2018

La santé des enfants et adolescents pris en charge par la protection de l'enfance et la PJJ

Les études disponibles montrent des carences importantes dans la prise en compte des besoins en santé des enfants et adolescents pris en charge par la protection de l'enfance par rapport à la population générale. Les enfants placés présentent des troubles psychiques caractérisés et multiples¹²⁴.

La prévalence des troubles est autour de 50 %, avec une grande comorbidité¹²⁵ soit 5 fois plus qu'en population générale. Les demandes d'aide de ces enfants sont faibles et indirectes. La santé somatique globale n'est pas mieux préservée. Surpoids, mauvais état bucco-dentaire, sommeil perturbé sont largement mis en avant dans les rares études auprès de cette population¹²⁶. Ces enfants sont nés plus souvent prématurés, hypotrophiques, après des grossesses mal suivies ou l'exposition aux toxiques pendant la vie fœtale, et 25 % d'entre eux ont dû commencer leur vie en service de néonatalogie¹²⁷. Enfin, ces adolescents ont été (et souvent sont encore) très majoritairement maltraités. Certaines études centrées sur les foyers rapportent même des taux de 100 %, si l'on étend la maltraitance aux abus et négligences sévères¹²⁸.

Pourtant, l'accès aux soins des enfants et adolescents bénéficiant d'une mesure de protection est souvent difficile. D'après une étude de 2016 du Défenseur des droits, seul un tiers bénéficie d'un bilan de santé à l'admission. Peu disposent d'un dossier médical à la sortie, et leurs carnets de santé sont peu et mal remplis. Leurs parcours de soins sont mal coordonnés, alors même qu'ils peuvent s'avérer très complexes, du fait des besoins de suivi et de soins et du nombre de professionnels impliqués. L'accès aux soins dentaires, aux consultations optiques, ainsi qu'aux consultations de psychologues, est notamment difficile, tandis que les délais de prise en charge en pédopsychiatrie sont très élevés. D'après les professionnels de l'aide sociale à l'enfance, les réticences de certains professionnels de santé à prendre en charge des mineurs couverts par la protection universelle d'assurance maladie (PUMA) sont fréquentes.

Les jeunes pris en charge par la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ont aussi fréquemment des troubles de santé, particulièrement chez les filles (troubles fonctionnels tels que céphalées, douleurs digestives, fatigue, perturbations du sommeil ; dépressions et tentatives de suicide), mais ceux-ci ne sont pas nécessairement supérieurs à la population générale, et les problématiques de santé sont moins prégnantes que pour les mineurs de la protection de l'enfance. Leur recours au système de soins est aussi plus développé¹²⁹.

2.3.1.3 L'autisme et les troubles du neuro-développement font l'objet d'une stratégie, mais l'accès aux soins des enfants handicapés reste difficile

[192] Une politique spécifique est aussi actuellement déployée pour les **enfants atteints d'autisme et de troubles du neuro-développement** (environ 1 % d'enfants autistes et 5 % de personnes présentant des troubles du neuro-développement, soient 35 000 naissances par an¹³⁰), afin de mieux repérer ces troubles, de favoriser la précocité du diagnostic et d'intervenir le plus tôt possible. Une délégation interministérielle à la stratégie nationale de l'autisme au sein des troubles du neuro-développement a été créée en 2018. Des plateformes de coordination et d'orientation (PCO) sont progressivement déployées sur le territoire, permettant la prise en charge précoce de soins non

¹²⁴ Devant les pénibles défaillances autour des enfants placés, la grande alliance entre pédopsychiatrie et l'Aide Sociale à l'Enfance. BRONSARD G., AMIEL M., *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 68 (2020) 63-64

¹²⁵The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system, a systematic meta-analysis review. BRONSARD G., ALESSANDRINI M., FOND G., LOUNDOU A., AUQUIER P., r TORDJMAN S., et al. *Medicine* 2016 ; 95(7) : e2622.

¹²⁶ L'Accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin. EUILLET S., et al. Université Paris-Ouest Nanterre La Défense. (2016)

¹²⁷ La Santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance, CORBET E, CREA Rhône-Alpes. (2012)

¹²⁸ Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care. COLLIN- VEZINA D., et al.. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 577-589. (2011)

¹²⁹ « La santé des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par les services du secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse, sept ans après », INSERM, 2004

¹³⁰ Données issues de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement

conventionnés (séances de psychologues, d'ergothérapie, de psychomotricité) avant, le cas échéant, la prise en charge par les structures adaptées (CAMSP, CMPP,...), dont les délais de prise en charge peuvent être très longs.

[193] Enfin, l'accès au système de soins pour les **enfants porteurs de handicap** (1 à 2 % d'enfants seraient porteurs d'un handicap sévère à moyennement sévère¹³¹) reste souvent problématique, particulièrement pour les enfants polyhandicapés. Pour les personnes handicapées, la prise en charge des soins ordinaires en ville est aujourd'hui difficile, aléatoire, et morcelée¹³². Les saisines du Défenseur des droits¹³³ mettent en évidence de nombreux obstacles : insuffisances de la prévention, démarches administratives complexes, difficultés d'accès aux soins somatiques (notamment pour les soins dentaires) dans les structures de droit commun ou encore un manque de formation des professionnels de santé sur le handicap pouvant entraîner des refus de soins.

2.3.2 Les enfants malades et leurs familles ont des besoins particuliers, qui pourraient être mieux pris en compte

2.3.2.1 L'accueil des enfants et de leurs familles à l'hôpital n'est pas toujours conforme aux droits des enfants

[194] Dans son rapport sur les droits de l'enfant en 2017, le Défenseur des droits souligne que de véritables progrès ont été constatés dans l'accueil et la prise en charge des enfants et adolescents hospitalisés ces 30 dernières années, mais que des difficultés demeurent et que des reculs sont parfois constatés, en raison d'une hétérogénéité des pratiques sur le territoire, voire au sein de différents services d'un même établissement.

[195] De nombreux textes encadrent l'hospitalisation des enfants et des adolescents (détail dans l'encadré *infra*), conférant un certain nombre de droits aux enfants. Une enquête menée par la FHF en 2019¹³⁴ révèle toutefois que l'application de ces dispositions n'est pas systématique :

- La présence parentale auprès de l'enfant hospitalisé fait parfois l'objet de refus de la part de personnels soignants (77 % des répondants déclarent autoriser la présence des parents 24h/24 auprès de leurs enfants). C'est plus particulièrement le cas lors de l'accès au bloc opératoire et dans les services de réanimation : peu de services autorisent un parent à accompagner son enfant jusqu'à l'anesthésie au bloc opératoire ou à être présent en salle de réveil (respectivement 17 et 12 %) alors que cette pratique est plus répandue dans d'autres pays. Les visites des fratries ne sont pas toujours possibles, certains services introduisant un seuil d'âge pour les visites (3 ans, 15 ans, ...) ¹³⁵ ;
- Certains services acceptent la présence des parents sans pour autant leur offrir des modalités d'hébergement adaptées (chambres parent-enfant, lits d'accompagnant, maisons des parents,

¹³¹ Source : Chiffres clés- Enfants en situation de handicap de la naissance à 6 ans, haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, 2018

¹³² « L'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées », rapport Jacob, 2013

¹³³ Rapport du Défenseur des droits « Droits de l'enfant en 2017 au miroir de la convention internationale des droits de l'enfant »

¹³⁴ « L'accueil des enfants à l'hôpital public – les propositions de la Fédération hospitalière de France », réalisé en collaboration avec le Défenseur des droits, l'UNAF et l'association SPARADRAP, 2019- 87 % des établissements adhérents de la FHF ayant un service de pédiatrie ont répondu.

¹³⁵ Enquête réalisée par les services de pédiatrie du CHU de Nantes, du CHU La Timone à Marseille et du CHU Necker à Paris, auprès des services de pédiatrie des hôpitaux de 4 régions françaises (Bretagne, Ile-de-France, Pays-de-la-Loire et PACA)

possibilités de restauration,..), ce qui se révèle très contraignant et potentiellement coûteux pour les parents ;

- Des personnes mineures peuvent être hospitalisées dans les services adultes (notamment des adolescents pris en charge dans les services de psychiatrie et de chirurgie spécialisée) : 71 % des répondants hospitalisent des mineurs en secteur adultes. Les motifs évoqués sont le manque de place ou une organisation spécifique interne ;
- Le consentement des parents et de l'enfant ou de l'adolescent n'est pas toujours respecté : 1/3 des répondants des CH et CHU disent avoir déjà été confrontés à une situation d'absence de consentement d'un enfant aux soins ;
- Enfin, l'information donnée aux enfants et aux parents sur leurs droits n'est pas toujours adéquate. 82 % des répondants affichent la charte dans le service mais seuls 6 % la remettent aux parents et à l'enfant.

Les textes encadrant l'hospitalisation des enfants et des adolescents

Les textes régissant l'hospitalisation des enfants et des adolescents dans un établissement public de santé sont nombreux :

- la circulaire n° 83-24 du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants,
- la circulaire DGS/DH n° 132 du 16 mars 1998 relative à l'adolescent et l'hôpital,
- la circulaire DH/E03/98/688 du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie,
- la circulaire DHOS/SDO n° 2003-238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences,
- la Charte européenne de l'enfant hospitalisé de 1988 qui est due à une initiative associative,
- la Convention internationale des droits de l'enfant de 1989,
- des critères spécifiques qui concernent les enfants et leurs familles dans la certification des établissements de santé (1.1-04 ; 1.2-02 ; 1.4-03 ; 2.2-16).

Ces textes prévoient notamment :

- l'absence d'hospitalisation des enfants de moins de 18 ans en secteur adulte, l'hospitalisation en service pédiatrique, et l'incitation à la création d'espaces réservés aux adolescents ;
- la prise en charge des enfants et adolescents, chaque fois que cela est possible par un médecin spécialiste de l'enfant et du personnel paramédical ayant expérience et savoir-faire dans l'accueil et la prise en charge des enfants ;
- la possibilité pour au moins un des parents de rester auprès de leur enfant 24h sur 24, de jour comme de nuit, dans le respect du besoin de l'enfant (recommandation) ;
- un environnement adapté aux enfants (suivi scolaire ; encouragement à l'interventions de bénévoles ; salles de jeux, ...) ;
- le droit de l'enfant à recevoir une information sur leur maladie et les soins et la remise d'un livret d'accueil ;
- la recherche du consentement aux soins (article L 1111-4 du CSP) et l'invitation de l'enfant ou l'adolescent à exprimer son avis sur le projet de soins ;
- la mise à jour du carnet de santé, du dossier patient et le cas échéant du dossier médical partagé pour assurer la continuité des soins ;
- la prise en charge adaptée de patients mineurs atteint de maladie chronique ou vivant avec un handicap (socialisation, scolarité ...).

Source : « L'accueil des enfants à l'hôpital public – propositions de la FHF (document réalisé en coopération avec l'association Sparadrap, l'UNAF, le Défenseur des droits) », 2019 et nouvelle certification HAS (octobre 2020)

2.3.2.2 L'accompagnement des familles reste parfois insuffisant

[196] Les familles des enfants malades, et particulièrement des enfants porteurs de maladies rares ou de maladies chroniques, ont des besoins d'accompagnement importants qui ne sont pas toujours bien pris en charge. Les associations de parents et de patients jouent un rôle essentiel pour soutenir les familles, et ont développé de nombreuses initiatives. Les réseaux hospitaliers peuvent également apporter un soutien aux familles.

[197] L'annonce du diagnostic est un moment particulièrement important lors du parcours du patient et de son entourage. Pour certaines pathologies (notamment cancer, mucoviscidose, drépanocytose, ...), des pratiques, telles que les consultations d'annonce ou un accompagnement psychologique, se sont développées pour accompagner les patients et leurs familles. Elles gagneraient à être développées.

[198] Des initiatives sont aussi mises en place pour favoriser l'accompagnement des familles à domicile. Ainsi, le réseau d'oncologie pédiatrique RIFHOP en Ile-de-France organise des visites à domicile d'une infirmière coordinatrice lors du retour à domicile des enfants après la première hospitalisation. Celle-ci évalue les besoins des familles et oriente les parents (notamment en termes d'accompagnement psychologique), fournit un appui pour la scolarisation des enfants, et permet de s'assurer que les recommandations médicales ont été bien comprises.

[199] Pour certaines pathologies, telle que l'épidermolyse bulleuse, les soins à domicile peuvent être extrêmement lourds au quotidien. Les soins infirmiers à domicile peuvent être difficiles à mettre en place, en raison des compétences très spécifiques qu'ils nécessitent, et du manque de valorisation financière des soins infirmiers à domicile pour les enfants (en particulier pour des soins lourds). L'hospitalisation à domicile pédiatrique prend toute sa valeur dans ces situations. L'association DEBRA, association de parents d'enfants atteints de l'épidermolyse bulleuse, envisage de recruter une infirmière pour former les professionnels libéraux, accompagner les sorties d'hôpital et offrir des week-ends de repos.

[200] La coordination des soins peut être aussi particulièrement coûteuse pour les parents des enfants malades, notamment à l'issue du suivi par le CAMSP pour les enfants porteurs de handicap. Les parents doivent alors organiser les soins des enfants et sont parfois contraints de jouer le rôle de coordonnateur entre les professionnels, notamment pour expliquer la situation de l'enfant, transmettre des informations, ...

[201] Pour certaines maladies chroniques, l'implication des familles dans l'éducation thérapeutique est déterminante. Les associations et/ou les réseaux réalisent des supports d'éducation thérapeutique et peuvent également, à l'instar de l'association des jeunes diabétiques, organiser des séjours de soins de suite et de réadaptation dédié à l'éducation thérapeutique pour l'enfant et sa famille. L'insertion scolaire peut également représenter un défi pour les enfants porteurs de maladies chroniques. Certaines associations ou certains réseaux, à l'instar du réseau Europediab 77 aident les familles à faire le lien avec les personnels de médecine scolaire et les enseignants, à les sensibiliser aux pathologies et à leur traitement, et à la rédaction de plans d'accueils individualisés (PAI) adaptés.

[202] Enfin, pour certaines pathologies, les séjours de répit peuvent représenter une aide importante pour l'équilibre familial. Le rôle bénéfique pour l'ensemble de la famille (parents, enfants, fratrie) du temps de séparation est reconnu¹³⁶. Ainsi, l'association PALLIPED (financée par l'ARS Ile-de-France)

¹³⁶ « Parcours de soins des enfants atteints de maladies chroniques », commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, 2015

organise des séjours de répit pour les enfants d’Ile-de-France destinés aux enfants atteints de maladie oncologique, neurologique, évolutive, cardiaque ou digestive, et à leur famille. Le développement des solutions de répit, ainsi que leur connaissance par les familles, constituent des enjeux importants. En 2021, plus de 80 % des parents d’enfants autistes déclare avoir parfois ou souvent besoin de services de répit, mais 92 % des répondants affirment n’avoir jamais bénéficié de ces services, principalement du fait de leur méconnaissance¹³⁷.

2.4 Les acteurs de santé de l’enfant sont insuffisamment coordonnés, au détriment de la qualité de la prise en charge des enfants et de l’efficacité du système

2.4.1 La gradation des soins hospitaliers est encore insuffisante

[203] La mission a repéré plusieurs innovations ou bonnes pratiques favorisant la coopération entre établissements hospitaliers.

[204] Le développement et la structuration de réseaux entre établissements, par exemple à l’échelle d’une région, constitue un levier important pour favoriser la coopération entre les acteurs hospitaliers. Un exemple très abouti rencontré par la mission est le réseau de chirurgie pédiatrique d’Occitanie (détail dans l’encadré ci-après), qui organise une gradation des soins entre trois types d’établissements (centres de proximité, centres spécialisés, centres de recours), en s’appuyant sur des cahiers des charges, une labellisation des établissements et des formations (détail dans l’encadré page suivante). En pédiatrie, l’organisation des maternités en niveaux¹³⁸ constitue aussi un modèle en matière d’organisation territoriale.

[205] Les réseaux d’oncologie pédiatrique, à l’instar des réseaux d’Ile-de-France et de Loire-Atlantique, constituent également des organisations reconnues par les acteurs (médecins et associations de patients) permettant l’homogénéisation des pratiques, la qualité des soins et de l’accompagnement des enfants et de leurs familles, et la prise en charge à domicile ou à proximité.

[206] De tels exemples de gradation des soins organisée restent toutefois rares.

[207] Le développement de la télé-expertise ainsi que des téléconsultations (qui peuvent être favorisées par les réseaux, à travers la connaissance réciproque entre les acteurs, comme en Occitanie pour la chirurgie pédiatrique) constituent aussi une pratique intéressante pour favoriser la prise en charge à proximité du domicile et la qualité des soins, en particulier pour les territoires éloignés des centres experts (notamment en milieu rural).

[208] Enfin, s’agissant du relai entre médecine de l’enfant et médecine de l’adulte, le développement de consultations de transition (en particulier, mais pas seulement, pour les maladies rares comme pour les maladies chroniques) est plébiscité par l’ensemble des acteurs.

¹³⁷ Consultation réalisée en 2021 par la délégation interministérielle pour l’autisme au sein des troubles du neuro-développement, à laquelle près de 5700 répondants concernés par l’autisme ont participé,

¹³⁸ Le décret n°98-899 du 9 octobre 1998 a organisé trois niveaux de soins aux nouveau-nés :

- Le niveau I, qui concerne les enfants bien portants ayant seulement besoin de soins de puériculture ;
- Le niveau II, qui concerne les enfants nécessitant des soins de néonatalogie hors soins intensifs. Cette pratique nécessite que les établissements soient autorisés à exercer cette activité de néonatalogie ;
- Le niveau III, qui concerne les nouveau-nés nécessitant des soins de réanimation néonatale. Cette pratique nécessite que les établissements soient autorisés à exercer la réanimation néonatale mais aussi la néonatalogie.

Une gradation des soins aboutie : le réseau de chirurgie pédiatrique d'Occitanie

Le réseau de chirurgie pédiatrique Occitanie a été développé à partir de 2009, avec le soutien de l'ARS. Il définit une organisation (intégrant les établissements publics et privés) en trois niveaux :

- des centres de proximité (au moins un par département) prenant en charge les enfants entre 1 an et 18 ans dans lesquels la prise en charge peut être assurée par un chirurgien adulte qui a des compétences en chirurgie pédiatrique ;
- des centres spécialisés pouvant prendre en charge les enfants dès la naissance, avec des chirurgiens pédiatres et des médecins anesthésistes ayant des compétences en pédiatrie ;
- des centres de recours devant assurer toute la pathologie chirurgicale de l'enfant, avec des chirurgiens pédiatres, des services de réanimation pédiatrique, des médecins anesthésistes compétents en pédiatrie disponibles à toute heure, ...

Pour chaque niveau, un cahier des charges précise l'organisation de l'établissement (permanence des soins, matériel, ...), la nature des pathologies qui peuvent être prises en charge par le centre et les compétences médicale et paramédicales requises.

Les centres sont labellisés par le réseau (auquel participe l'ARS), et leur activité est évaluée par le réseau pour mesurer le respect des périmètres d'activité par les centres labellisés, la diminution de la pratique de la chirurgie pédiatrique dans les centres non labellisés ainsi que la répartition de la chirurgie dans les 3 types de centres.

Le réseau (qui est organisme DPC) assure également des actions de formation médicale et paramédicale, ainsi que la définition de protocoles. La bonne connaissance entre les acteurs régionaux favorise la téléexpertise et les téléconsultations entre les différents niveaux de centre.

L'extension du réseau, initialement développé en Midi-Pyrénées, à l'ensemble de la région Occitanie est en cours.

2.4.2 L'offre de santé de ville reste éclatée et l'articulation ville/ hôpital est insuffisante, même si le développement des CPTS devrait favoriser des relations plus structurées

2.4.2.1 Des obstacles demeurent à la coopération des acteurs de santé ambulatoires et hospitaliers

[209] Plusieurs obstacles à la coopération entre acteurs demeurent aujourd'hui, et les patients en pâtissent (difficulté d'orientation dans le système de santé, problématiques pour trouver un professionnel de santé, difficulté à obtenir un rendez-vous ou une prise en charge, manque de communication entre les acteurs, ...).

(i) La méconnaissance réciproque des acteurs

[210] En ville, de nombreux professionnels de santé exercent encore seuls, et ils ne sont pas nécessairement en lien avec les autres acteurs du parcours de santé de l'enfant. Ainsi, la réalisation d'un annuaire des professionnels de santé constitue la première étape de nombreux projets de santé impliquant des acteurs libéraux (notamment dans le cadre des CPTS), illustrant le besoin d'identification des différents acteurs de santé du territoire.

[211] De même, les acteurs de ville et les acteurs hospitaliers se méconnaissent dans de nombreux territoires. Ainsi, plusieurs médecins libéraux ont témoigné de difficultés à contacter les professionnels de santé pour la réalisation de bilans pour leurs patients. A l'inverse, les relations avec les acteurs ambulatoires, en particulier avec les professionnels de santé libéraux, nombreux, peu

structurés en comparaison du système hospitalier, sont jugées complexes par les acteurs hospitaliers.

(ii) L'absence de complémentarité organisée entre les différents acteurs et l'absence de gradation des soins

[212] En ambulatoire, les rôles des différents acteurs de santé ne sont pas toujours très définis ni complémentaires, à l'image des interventions respectives des pédiatres et des médecins généralistes (cf partie 1.1.2.5). En dépit de la démographie médicale très défavorable des médecins de ville de l'enfant (pédiatres, médecins généralistes, mais aussi pédopsychiatres), les délégations de tâches auprès des autres professionnels de santé de l'enfant restent peu développées¹³⁹, hormis dans certaines structures d'exercice de groupe pluri-professionnelles (notamment les maisons de santé employant des infirmier(e)s Asalée, ou dans les PMI).

[213] La gradation des soins n'est pas non plus définie entre acteurs de ville et acteurs hospitaliers concernant la santé de l'enfant. Ainsi, la prise en charge des soins non programmés de l'enfant ne fait pas l'objet d'une articulation satisfaisante entre médecine ambulatoire et l'hôpital (cf partie 2.2), ce qui se traduit par une sollicitation croissante des urgences hospitalières. De même, le suivi des maladies chroniques de l'enfant est très majoritairement réalisé en milieu hospitalier, alors que le suivi par un médecin de ville formé serait adapté pour certaines maladies chroniques. Pour les enfants atteints de maladies rares ou de maladies chroniques, les liens entre les équipes hospitalières et le médecin de proximité de l'enfant ne sont pas systématiques, alors que le suivi par le médecin de proximité est recommandé pour maintenir une prise en charge globale de la santé de l'enfant et un suivi de son développement¹⁴⁰.

(iii) Des outils informatiques encore insuffisants pour le partage d'informations

[214] Si certains progrès sont constatés par les professionnels de santé (par exemple concernant l'envoi aux professionnels de ville des compte-rendus d'hospitalisation), l'absence d'outil informatique spécifique au partage d'information sur la santé des enfants est déploré par beaucoup, qui regrettent l'absence de carnet de santé électronique. Le carnet de santé actuel, dans sa version papier, n'est pas conçu pour le partage d'informations entre professionnels, et son remplissage n'est pas toujours satisfaisant.

2.4.2.2 Les CPTS constituent un levier possible pour organiser les relations entre professionnels ambulatoires et faciliter leurs relations avec les acteurs hospitaliers autour de la santé de l'enfant, mais ne mobilisent qu'exceptionnellement les pédiatres

[215] Parmi les initiatives et expérimentations recensées par la mission pour favoriser la coordination des acteurs de santé en ville, et avec l'hôpital, la dynamique de création des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) (près de 600 projets recensés par la

¹³⁹ La HAS a recensé 29 protocoles (locaux) concernant des mineurs ayant eu un avis favorable entre 2011 et 2020 (en ambulatoire et à l'hôpital) - parmi eux, seuls 6 protocoles concernent spécifiquement la prise en charge d'enfants, les autres concernent à la fois les enfants et les adultes (et ciblent alors souvent les enfants de plus de 10 ou 16 ans). Les délégations concernent fréquemment la vaccination, plus ponctuellement la réalisation d'échographie, de bilans d'ophtalmologie (bilans orthoptistes), le suivi de maladies chroniques (diabète, épilepsie), ... Les actes sont délégués le plus souvent aux infirmiers, ponctuellement aux orthoptistes, pharmaciens, et manipulateurs radiologistes. Par ailleurs, un protocole national est en cours de rédaction concernant la réalisation du bilan de santé à l'école maternelle par les infirmières puéricultrices (nouveau cadre juridique prévu par l'article 66 de la loi organisation et transformation du système de santé du 24 juillet 2019).

¹⁴⁰ « Parcours de soins des enfants atteints de maladies chroniques », commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, 2015

DGOS en juin 2020) semble très structurante. Les CPTS, qui regroupent les professionnels de santé ambulatoires d'un territoire autour de projets de santé, facilitent la connaissance entre acteurs de santé, le travail pluri-professionnel, l'amélioration des parcours de soins ambulatoires et les relations avec l'hôpital.

[216] Les CPTS dont la mission a eu connaissance ne comptaient pas de pédiatre (à une exception près), et comportaient rarement un axe dédié à la santé de l'enfant, mais plusieurs projets développés par les CPTS contribuent à la santé de l'enfant et à la coopération entre ses acteurs :

- Des actions préventives telles que des projets d'éducation à la santé dans les établissements scolaires (hygiène de vie, sommeil, alimentation, écrans,...) ;
- Des projets d'éducation thérapeutique (diabète, asthme, obésité de l'enfant) ;
- Des projets de coopération sur la périnatalité (médecins, sages-femmes, PMI), sur le repérage des troubles du spectre autistique ou sur le suivi des adolescents (projet ville/ hôpital, pour assurer le relai du suivi par l'hôpital) ;
- Enfin, les missions socles des CPTS de prise en charge des soins non programmés et d'accès au médecin traitant (dans le cadre du financement conventionnel de l'assurance maladie) concernent aussi les enfants et adolescents.

[217] Les initiatives portées par l'URPS Médecins des Pays de la Loire, à travers sa commission pédiatrie pour organiser la complémentarité des relations entre médecins généralistes et pédiatres, à travers un annuaire et la réalisation de protocoles (détail dans l'encadré ci-après), semblent aussi particulièrement intéressantes.

La coopération entre médecins généralistes et pédiatres en Pays-de-la-Loire

En Pays-de-la-Loire, une commission pédiatrie, composée de pédiatres et de médecins généralistes, se réunit depuis 2016 dans le cadre de l'URPS Médecins. La commission compte plusieurs réalisations pour améliorer l'organisation entre pédiatres et médecins généralistes et valoriser l'avis spécialisé des pédiatres :

- un annuaire des pédiatres libéraux, identifiant les surspécialités des pédiatres et leurs équipements, pour faciliter l'adressage des médecins généralistes aux pédiatres ;
- des protocoles de prise en charge pour structurer le suivi et l'orientation des enfants entre médecins généralistes et pédiatres libéraux (en second recours), pour les troubles du neuro-développement, l'asthme, la puberté précoce, les anomalies de croissance, ... Ces protocoles, réalisés sous forme d'arbres décisionnels, identifient les rôles respectifs du médecin généraliste et du pédiatre, les signes d'alerte et les motifs d'adressage vers le pédiatre pour chaque configuration.

Exemple de protocole, pour la puberté précoce :

https://urml-paysdelaloire.org/lls4rR5LPeWqai/uploads/2017/08/DV088900_puberte-precoce.pdf

2.4.3 Les agences régionales de santé jouent un rôle important pour impulser les coordinations, et au-delà pour structurer l'offre de santé

[218] Les échanges que la mission a eus avec les agences régionales de santé ont été limités, en raison du contexte sanitaire qui a conduit à réduire au maximum les sollicitations de ces administrations. Les déplacements réalisés par la mission comme l'examen des projets régionaux de santé des ARS permettent toutefois d'établir deux constats principaux.

[219] Les ARS jouent un rôle essentiel pour accompagner et impulser des projets de coopération : ainsi, le réseau de chirurgie pédiatrique d'Occitanie a reçu un soutien important de l'ARS. L'existence d'un chargé de mission dédié à la pédiatrie en ARS, comme en Ile-de-France (un praticien hospitalier de pédiatrie est mis à disposition pour 0,4 ETP), afin de favoriser la coordination et développer une politique de santé de l'enfant sur un territoire, figure également parmi les bonnes pratiques recensées par la mission.

[220] Au-delà de ce rôle de coordination, les agences régionales de santé jouent un rôle majeur pour structurer l'offre de soins sur leur territoire, à travers leurs compétences d'autorisation et de programmation. Les projets régionaux de santé des ARS sont peu développés en matière de santé de l'enfant, alors que la stratégie nationale de santé comportait en 2017 un volet dédié à la prévention de la santé de l'enfant : deux cadres d'orientation stratégique des ARS intègrent spécifiquement la santé de l'enfant¹⁴¹ et 9 ARS ont identifié des parcours spécifiques aux enfants ou aux adolescents¹⁴². La création d'un parcours santé des 0-6 ans, la prévention de l'obésité chez les enfants par la promotion renforcée de l'activité physique ou le renforcement des consultations jeunes consommateurs figurent parmi les mesures inscrites dans les PRS.

¹⁴¹ Le cadre des Hauts-de-France intègre un axe de promotion d'un environnement favorable à la santé et d'action sur les comportements dès le plus jeune âge ; celui de l'Océan Indien inclut la préservation de la santé des jeunes.

¹⁴² Les ARS de Bourgogne Franche Comté, Normandie, Nouvelle Aquitaine, Grand Est, Hauts-de-France, Ile-de-France et Occitanie ont identifié un parcours maternité/ jeunes enfants ; les ARS de Bourgogne Franche Comté, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Grand-Est, Ile-de-France, Auvergne Rhône Alpes et Guadeloupe ont identifié un parcours adolescents- jeunes adultes au sein de leurs PRS.

3 Schéma-cible et recommandations pour clarifier le rôle des acteurs de santé de l'enfant, valoriser leur exercice et répondre aux besoins de santé de l'ensemble des enfants

[221] Les constats dressés précédemment soulignent la nécessité et l'urgence de faire évoluer l'organisation des soins de santé de l'enfant. Les évolutions sont souhaitables, pour répondre aux besoins de santé de l'ensemble des enfants, et notamment les plus vulnérables, clarifier le rôle des différents intervenants, favoriser leur coordination au sein du parcours de santé, et renforcer l'attractivité des métiers de santé de l'enfant.

[222] Elles sont aussi indispensables à court terme, comme l'ont souligné les acteurs de la pédiatrie lors du Ségur de la santé en juin 2020¹⁴³, pour faire face non seulement à la démographie médicale de la médecine de l'enfant (pédiatrie libérale, médecine scolaire, PMI), ainsi que de la médecine générale, remédier aux fortes inégalités territoriales, mais aussi permettre un accès aux soins et à la santé de l'ensemble des enfants, et maintenir des compétences spécialisées (ou très spécialisées) et une innovation à l'hôpital, en pédiatrie ou en chirurgie pédiatrique, au service des enfants malades.

[223] A cette fin, la mission propose un nouveau modèle d'organisation des acteurs de santé de l'enfant, ainsi que des recommandations pour déployer ce schéma cible, dont la mise en œuvre ne pourra être que progressive, compte-tenu des enjeux d'adaptation et de formation des professionnels qui devront assumer de nouvelles missions.

[224] Plusieurs principes ont guidé l'élaboration de ce schéma-cible :

- L'universalité : permettre une prise en charge des besoins de santé (prévention et suivi au long cours, soins non programmés, soins spécialisés ...) de l'ensemble des enfants, sur tout le territoire, en tenant compte des inégalités sociales en santé et des facteurs de vulnérabilité ;
- L'adaptabilité : faire évoluer le système de santé et renforcer les compétences des acteurs pour répondre aux besoins de santé des enfants et adolescents et à leur évolution ;
- La qualité des soins et de la prise en charge, en lien avec la recherche clinique : favoriser la continuité des soins et l'absence de rupture des parcours, renforcer la place des enfants et des familles en tant qu'acteurs de leur santé, évaluer et renforcer la qualité des soins ;
- La subsidiarité : repenser les rôles et les articulations pour utiliser au mieux les ressources et les compétences, au bon niveau de recours¹⁴⁴ et favoriser l'attractivité des différents métiers ;
- La lisibilité : clarifier le rôle et le positionnement des différents acteurs, et l'organisation des soins, pour un système intelligible pour les familles et les professionnels.

¹⁴³ Contribution de la Société Française de Pédiatrie et du Conseil National Professionnel de pédiatrie – Juin 2020

¹⁴⁴ La circulaire N°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération identifie 5 niveaux de soins dont les deux premiers sont la proximité, le niveau intermédiaire structuré autour de la médecine polyvalente, puis 3 niveaux de recours, le premier, lieu des soins spécialisés, le deuxième régional, et le troisième inter-régional.

3.1 Les compétences des professionnels de santé de l'enfant en ville doivent être clarifiées et renforcées pour permettre un suivi universel et une prévention renforcée

3.1.1 Enrichir l'offre de soins de santé de l'enfant en ville en s'appuyant sur les infirmières puéricultrices et développer la prévention dans une approche populationnelle

3.1.1.1 Le développement de l'exercice des puéricultrices en ville est nécessaire et souhaitable

[225] Des rapports ont d'ores et déjà préconisé le développement de l'exercice libéral des infirmières puéricultrices ou les délégations de tâches aux infirmières puéricultrices. En 2015, la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant constatait, dans son rapport consacré aux parcours de soins des enfants atteints de maladies chroniques, qu'« *il manqu[ait] un exercice libéral infirmier en pédiatrie notamment dans le cadre d'un exercice regroupé avec les médecins pédiatres ou dans le cadre des maisons de santé pluridisciplinaires et centres de santé* ». Le haut conseil à la santé publique, dans son avis du relatif à la refonte du carnet de santé de l'enfant (2016), proposait que les consultations obligatoires du 3^{ème} et du 5^{ème} mois soient réalisées par des infirmières puéricultrices.

[226] Les exemples étrangers attestent aussi du rôle croissant joué par les personnels infirmiers, en ville comme à l'hôpital : développement de pratiques avancées, notamment pour le suivi des maladies chroniques, consultations infirmières, promotion de la santé, droit de prescription,....¹⁴⁵. En matière de santé de l'enfant, le Royaume-Uni s'appuie sur des « health visitors », infirmier(e)s qui réalisent des visites à domicile aux femmes et aux jeunes enfants, avec une fonction importante de prévention et de conseil. Les infirmier(e)s salarié(e)s dans des cabinets de groupe pluri-professionnels jouent également un rôle de promotion de la santé (bilan de santé, éducation, dépistage), et de suivi de pathologies chroniques (asthme, diabète, ...) qui concerne les enfants. En Finlande, de nombreuses tâches, notamment dans le domaine des soins en maternité et de santé infantile, sont délégués aux infirmiers de santé publique (qui ont des qualifications spécifiques dans le domaine des soins préventifs), au sein de centres de santé ou à l'hôpital¹⁴⁶. 1/3 des examens pédiatriques prévus par la législation finlandaise doit être réalisé par le médecin, les 2/3 restant étant réalisés de manière autonome par les infirmiers¹⁴⁷.

[227] En France, trois arguments plaident pour le déploiement rapide des compétences d'infirmière puéricultrice en ville, au-delà de leur présence actuelle en PMI :

- Certains besoins de santé des enfants sont aujourd'hui mal satisfaits en ville : manque de compétences spécialisées d'infirmiers libéraux pour les soins à domicile des enfants malades ou pour les sorties d'hospitalisation, défauts de conseils parentaux pour les jeunes enfants pouvant conduire à un recours injustifié aux urgences, examens préventifs ou dépistages non réalisés... ;
- Les compétences des puéricultrices, en particulier en termes de prévention et d'accompagnement à la parentalité, et l'approche généraliste de leur formation peuvent être utilement mises à profit en ville pour répondre à ces besoins de santé nombreux et variés ;

¹⁴⁵ « Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire », L HENART, Y BERLAND, D CADET, 2011

¹⁴⁶ « Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières », Y Bourgueil, A Marek, J Mousquès, IRDES, 2006

¹⁴⁷ Source de cette donnée : « Sauvons la PMI », rapport Peyron, 2019

- Les délégations de tâche constituent un des leviers existants d'abord pour décliner le principe de subsidiarité mais aussi pour faire face à la baisse de la démographie médicale. A titre d'exemples, des délégations de tâches ont été organisées au sein de la filière visuelle par les ophtalmologistes au profit des orthoptistes¹⁴⁸, ou encore, en matière de santé au travail, entre les médecins du travail et les infirmiers de santé au travail¹⁴⁹ pour faire face à l'évolution des besoins de santé et à la démographie médicale. De même, une partie des tâches réalisées par les médecins de l'enfant peuvent être pris en charge par les infirmières puéricultrices, alors que la démographie de la médecine de l'enfant (pédiatres libéraux, médecins scolaires et médecins de PMI) ainsi que celle des médecins généralistes sont particulièrement préoccupantes, et que la chute des effectifs médicaux devrait se poursuivre dans les années à venir. Par ailleurs, ces compétences médicales sont très inégalement réparties sur le territoire.

3.1.1.2 Les missions des infirmières puéricultrices en ville relèveront du soin comme du préventif, dans le cadre d'un exercice en binôme avec un médecin

[228] L'exercice des infirmières puéricultrices en PMI (cf partie 1.1.1.4), l'expérimentation de l'exercice d'une infirmière puéricultrice au sein d'une maison pédiatrique, en binôme avec des pédiatres de ville (détail dans l'encadré ci-dessous), ainsi que l'expérimentation « Bronchiolib » d'une intervention de puéricultrices à domicile pour limiter les hospitalisations des enfants atteints de bronchiolite (présentée dans l'encadré partie 1.4.1.3) montrent la variété d'activités que les puéricultrices peuvent exercer en ville.

L'exercice d'une puéricultrice au sein d'une maison pédiatrique à Bordeaux

Le centre « Enfance et santé » des hauts de Bordeaux propose une offre libérale pédiatrique pluri-professionnelle (médecins, infirmiers, psychologues, psychomotriciens, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, diététicien). Six pédiatres y exercent, dont deux sont maîtres de stage en pédiatrie et médecine générale.

Depuis 2018, une infirmière puéricultrice exerce dans ce centre de pédiatrie, financée par l'association Asalée. Les enfants pris en charge par la puéricultrice sont principalement adressés par les pédiatres du centre, mais aussi par la secrétaire du cabinet, en fonction des indications des pédiatres, ou à la demande des parents. Les consultations, d'une durée de 45 minutes, sont principalement assurées en cabinet, et ponctuellement à domicile.

L'activité de la puéricultrice est en premier lieu **préventive, à destination des nourrissons** (près de 50 % des patients ont moins de 6 mois) : 1/3 des consultations relèvent des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons, 22 % concernent du soutien parental (principalement pour les moins d'un an), 13 % de vaccinations et 8,5 % les troubles du sommeil.

¹⁴⁸ Le rapport IGAS consacré en 2019 à la filière visuelle souligne toutefois que l'organisation actuelle reste encore peu efficiente, du fait du passage obligé devant l'ophtalmologue. Il recommande ainsi de renforcer les délégations de tâches auprès des orthoptistes, avec le développement de la prise en charge et du suivi au long cours pour des patients non pathologiques ou stabilisés, sous supervision médicale. Source : "La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formations", IGAS- IGESR, 2019

¹⁴⁹ Le rapport IGAS sur les services de santé au travail interentreprises (SSTI) en 2020 mentionne le développement de la pluridisciplinarité au sein des SSTI, notamment avec l'arrivée des infirmiers en santé au travail dans un contexte de rareté de la ressource médicale et de « virage » vers la prévention. Ceci fait évoluer le rôle des médecins du travail qui se concentrent sur l'animation des équipes et sur le suivi des situations les plus complexes. Le rapport souligne toutefois l'hétérogénéité des pratiques et recommande de clarifier les conditions d'exercice médical de la santé au travail. Source : « Evaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI) », IGAS, 2020

Elle réalise également des actions d'**éducation thérapeutique**, concernant le surpoids, l'asthme, l'énurésie et l'exposition aux écrans. Ces consultations concernant davantage les enfants de plus de 6 ans (15 % des consultations). La réalisation de tests de dépistages est en cours de réflexion.

Enfin, la puéricultrice réalise également, sur sollicitation de l'hôpital pour enfants de Bordeaux, **un appui aux sorties d'hospitalisation** pour une pathologie rare (le purpura thrombopénique idiopathique (PTI)). Le suivi par la puéricultrice a été initié, à la demande d'hôpital, car cette pathologie suscite fréquemment une anxiété parentale et des consultations aux urgences. La puéricultrice accompagne les familles lors du retour à domicile, et assure un suivi hebdomadaire après les examens sanguins, en lien avec l'hôpital si nécessaire. Elle assure également l'éducation thérapeutique de patients du cabinet hospitalisés.

La puéricultrice exerce en binôme avec les pédiatres du centre. La plupart des patients sont adressés par les pédiatres, et des protocoles ont été établis ou en projet pour une dizaine de thématiques (dépistages des troubles du langage, eczéma, énurésie, vaccination...). La puéricultrice, qui s'est formée en lien avec l'hôpital et auprès des pédiatres, considère que la formation initiale de puéricultrice est adaptée pour une telle pratique, mais mériterait d'être renforcée sur certaines thématiques (soutien à la parentalité, troubles de l'attachement, prise en charge du surpoids de l'enfant, dépistage et prévention), et adaptée en introduisant un stage de plusieurs semaines en cabinet libéral avec une puéricultrice.

D'après un sondage¹⁵⁰, 99 % des familles pensent que la consultation de puéricultrice correspond à leurs attentes (88 % sont tout à fait d'accord, 11 % d'accord) et 89 % des familles considèrent que la consultation avec la puéricultrice a évité une consultation supplémentaire avec un médecin.

Les deux pédiatres rencontrées par la mission sont extrêmement satisfaites de cet exercice pluri-professionnel. Elles considèrent que l'apport essentiel des puéricultrices porte sur l'aide à la parentalité, notamment pour les plus fragiles.

Source : Thèse « Description d'un nouveau dispositif de coopération médicale entre pédiatre et puéricultrice en pédiatrie libérale », Morgane Leconte, mars 2021 ; entretien de la mission avec la puéricultrice et deux pédiatres du centre

[229] En se fondant sur les expériences citées précédemment, les missions des infirmières puéricultrices exerçant en ville seraient les suivantes (liste non exhaustive) :

- Des consultations autonomes (dans le cadre de protocoles et/ou d'un exercice en binôme avec un médecin) :
 - Consultations de puériculture et d'accompagnement des familles : soins aux nourrissons, soutien parental, troubles de l'alimentation ou du sommeil, pleurs inexplicables ;
 - Réalisation d'examens du développement, notamment les examens du 3^{ème} et du 5^{ème} mois (selon la préconisation du haut conseil à la santé publique), de dépistages et de tests sensoriels, et de vaccinations ;
 - Réalisation du bilan de santé des enfants de 3/4 ans en école maternelle (de manière privilégiée par la PMI) ;
 - Actions d'éducation thérapeutique : surpoids et obésité, asthme, énurésie, exposition aux écrans, ...
 - Suivi en sortie d'hospitalisation de certaines pathologies ;

¹⁵⁰ 99 réponses sur 201 familles contactées

- Visites et soins à domicile :
 - Suivi des nouveau-nés et consultations de puériculture à domicile, en particulier pour les enfants vulnérables (cf activité des PMI) ;
 - Soins infirmiers à domicile pour les enfants malades (maladies chroniques ou maladies rares), en particulier les jeunes enfants : injections d'insuline, alimentation parentérale, pose de voie veineuse ou de perfusion, prise de constantes et prélèvements sanguins, etc.;
 - Suivi à domicile (surveillance des enfants, conseils parentaux) pour la prévention ou la sortie des hospitalisations, en particulier lors d'épidémies telles que la bronchiolite (afin de décharger les services hospitaliers surchargés à cette période de l'année), en lien avec un suivi médical.

[230] Les infirmières puéricultrices exerceraient en binôme avec un médecin (médecin généraliste ou pédiatre), délivrant des consultations autonomes s'inscrivant dans le cadre de protocoles médicaux. L'exercice en cabinet de groupe apparaît particulièrement indiqué, en particulier dans un cadre pluri-professionnel, que ce soit en PMI, dans des centres de santé ou dans des maisons de santé, à l'image de la maison pédiatrique de Bordeaux (cf. encadré précédent). Un exercice isolé pourrait toutefois être envisagé dans des territoires dépourvus de ressources médicales, pour maintenir des compétences en santé de l'enfant. L'exercice serait géographiquement isolé, mais resterait en lien avec un médecin référent.

[231] Ainsi, sans préjuger du cadre libéral ou salarié de l'exercice, la mission recommande la création d'actes dédiés aux infirmières puéricultrices dans la nomenclature générale des actes et des prestations (NGAP), ce qui permettrait par ailleurs de conforter le financement des PMI¹⁵¹. L'estimation financière que représente cette recommandation est complexe à établir et fragile. De manière très approximative, en se fondant sur l'expérience de la maison pédiatrique de Bordeaux, dans laquelle une puéricultrice exerce avec 5 médecins, on peut estimer un besoin de l'ordre de 900 à 1000 puéricultrices en ville¹⁵². A partir de l'évaluation du financement des puéricultrices en PMI¹⁵³, d'une part, et du financement de l'activité libérale des sages-femmes¹⁵⁴, d'autre part, la mission

¹⁵¹ Comme le souligne le rapport Peyron, l'activité des infirmières puéricultrices en PMI n'est actuellement pas financée par l'assurance maladie (à la différence des actes des médecins et des sages-femmes). Ce rapport préconise d'inscrire les actes d'infirmières puéricultrices dans la NGAP (en particulier les actes préventifs) pour permettre leur financement par l'assurance maladie.

¹⁵² Les consultations de puériculture à la maison pédiatrique concernent à 75 % les nourrissons, on centre donc dans un premier temps l'évaluation sur les besoins des 0-2 ans. La France compte aujourd'hui 2100 pédiatres, dont les 2/3 de l'activité est centrée sur les 0-2 ans (données SNIIRAM 2017 pour l'Ile-de-France), soit l'équivalent de 1365 pédiatres consacrés à cette activité. Par ailleurs, les pédiatres réalisent 40 % des consultations des moins d'un an et 27 % des moins de 2 ans. De manière grossière, on peut considérer que 65 % de l'activité des moins de 2 ans est réalisée par les médecins généralistes, ce qui représente l'équivalent de 2500 médecins. Au total, environ 3800 à 3900 médecins sur l'activité des 0-2 ans, soit un besoin de 780 puéricultrices pour la tranche d'âge 0-2 ans (en retenant le ratio d'une puéricultrice pour 5 médecins). En rajoutant 25 % d'activité pour les plus de 2 ans, le besoin de puéricultrice s'élève à environ 975.

Très grossièrement, on peut donc considérer que l'activité de médecine de l'enfant (pédiatre et médecins généralistes) pour laquelle l'exercice en binôme avec une puéricultrice est pertinent représente environ 5000 médecins, soit un besoin d'environ 1000 puéricultrices.

¹⁵³ Le rapport Peyron évalue le budget total des PMI à 500 millions d'euros – les 4370 ETP de puéricultrices représentent 40 % des ETP de ces structures et 50 % de leurs actes, dont les dépenses sont essentiellement des coûts de main d'œuvre. Pour 1000 ETP de puéricultrices, on peut donc considérer que le financement représente de l'ordre de 50 millions d'euros.

¹⁵⁴ Le financement des honoraires des sages-femmes en ville représente 389 Mi € en 2019 (source : comptes de la santé, DREES, 2019), sachant que 5200 d'entre elles exercent en libéral (soit environ 75 000 € par sage-femme). L'activité des sages-femmes est similaire à l'exercice proposé pour les puéricultrices : une activité de consultations autonomes (préparation à la naissance, séances de rééducation périnatale, suivi gynécologique) et de visites à domicile (notamment dans le cadre du programme PRADO). Les consultations de sage-femme sont actuellement valorisées à hauteur de 25 €, et les représentant des infirmières puéricultrices revendiquent une rémunération identique. La formation d'infirmière puéricultrice est actuellement de niveau bac+4 (alors que celle des sages-femmes est bac+5), mais il existe un

estime que le financement nécessaire pour l'exercice (salarié ou libéral) de 1000 puéricultrices hors PMI en ville est compris entre 50 et 70 millions d'euros. Il ne s'agit toutefois pas d'un coût net, du fait de la substitution entre des consultations aux urgences et des consultations médicales par les consultations de puériculture.

[232] Les modalités d'exercice des infirmières puéricultrices en ville (calibrage des effectifs et du financement, statut libéral ou salarié, nature des actes à ajouter à la NGAP, ajustements du référentiel de formation) pourraient être arrêtées à l'issue d'une phase d'expérimentation dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018. L'expérimentation permettrait aussi de mesurer l'impact de la mesure proposée sur l'attractivité de l'exercice des puéricultrices en PMI et à l'hôpital.

[233] Par ailleurs, l'exercice de ces différentes missions nécessiterait une adaptation conséquente de la formation des infirmières puéricultrices (voir propositions en ce sens au point 3.5.1).

Recommandation n°1 Développer l'exercice des infirmières puéricultrices en ville, au-delà des PMI, en binôme avec des médecins, de manière privilégiée dans le cadre d'un exercice coordonné, et financer leur activité par des actes dédiés dans la nomenclature générale des actes et des prestations (NGAP)

[234] Lors de la période périnatale, l'exercice des puéricultrices en ville doit être conçu comme complémentaire de celui des sages-femmes, de manière adaptée en fonction des territoires. Ces dernières interviennent en matière de santé des nouveau-nés (le 1^{er} mois), en particulier dans le cadre de programme PRADO. Ces complémentarités gagneraient à être établies localement (dans l'idéal dans le cadre de structures pluri-professionnelles où exerceraient sages-femmes, puéricultrices, et médecins ou dans le cadre des CPTS). Une option pourrait consister, lorsque les sages-femmes interviennent pour le suivi des nouveau-nés dans le cadre du programme PRADO, à ce que les consultations des puéricultrices débutent de manière privilégiée à partir du deuxième mois, et que la transmission des informations soit organisée. Un système analogue existe au Danemark, où le suivi post-natal à domicile est d'abord réalisé par une sage-femme, puis dans un second temps par une infirmière¹⁵⁵.

3.1.2 Identifier le rôle du médecin généraliste auprès des enfants et valoriser l'expertise du pédiatre de ville

3.1.2.1 Une clarification des rôles entre médecins généralistes et pédiatres de ville et un repositionnement du pédiatre sont nécessaires

[235] Plusieurs options se présentent pour clarifier les positionnements des acteurs. Une première option consisterait à conforter la pédiatrie de ville dans son rôle de suivi des enfants de premier recours, en généralisant le suivi pédiatrique pour l'ensemble des enfants (par exemple pour les plus petits). Cette option n'est toutefois pas réaliste, au regard de la démographie des pédiatres libéraux et de leur inégale répartition sur le territoire. Un renforcement massif du nombre d'étudiants en pédiatrie, à supposer qu'ils choisissent l'exercice libéral, ne permettrait pas le déploiement d'un suivi pédiatrique universel à une échéance raisonnable. Cette option n'est pas non plus souhaitable, si l'on considère le rôle prépondérant joué par les médecins généralistes dans le suivi des enfants et les compétences particulières acquises par une partie d'entre eux pour ce suivi. Par ailleurs, les

projet de mastérisation du diplôme. Notons toutefois que la profession de sage-femme est une profession médicale, à la différence de la spécialité d'infirmière puéricultrice, qui est une profession paramédicale.

¹⁵⁵ Source : « Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! », rapport Peyron, 2019

compétences spécialisées des pédiatres ne seraient que peu exploitées dans ce schéma, alors que des besoins importants existent aujourd'hui et ne sont pas remplis (rôle de second recours pour l'hôpital, populations vulnérables nécessitant un suivi plus spécialisé, rôle de coordination des soins des enfants malades...) (cf. partie 2). Pour l'ensemble de ces raisons, la mission a écarté cette option.

[236] Une seconde option consisterait à conserver une intervention pédiatrique pour l'ensemble des enfants en ville, mais en la réservant aux examens de certains âges charnières (par exemple aux examens des 8 jours, 9 mois et 24 mois), en confiant aux médecins généralistes le reste du suivi et les soins non programmés. Cette option serait plus réaliste au regard de la démographie des pédiatres (en faisant abstraction des inégalités territoriales), mais elle apparaît peu souhaitable, que ce soit pour les enfants (multiples interlocuteurs pour le suivi), pour les pédiatres (missions répétitives, contact épisodique avec les enfants, compétences spécialisées peu valorisées) ou pour les médecins généralistes (absence de suivi global des enfants).

[237] La dernière option, privilégiée par la mission, conduit à un **repositionnement plus profond des rôles respectifs des médecins généralistes et des pédiatres de ville.**

[238] Dans le schéma proposé (résumé dans le tableau en partie 3.4), le médecin généraliste formé à la santé de l'enfant est l'acteur de proximité du suivi médical des enfants ne présentant pas de pathologie chronique ni de facteur de vulnérabilité, assurant le suivi préventif et les soins non programmés. Il joue un rôle actif dans la permanence des soins pour les enfants : prise en charge de soins non programmés, participation au service d'accès aux soins, aux maisons médicales de garde, réalisation de gardes (PDSA),

[239] Dans ce schéma, le pédiatre de ville joue un rôle de recours et d'expertise, assurant le suivi de certaines maladies chroniques et jouant un rôle d'expertise pour les autres professionnels de santé (et plus particulièrement le médecin généraliste), par exemple sur les troubles du neuro-développement et les troubles des apprentissages (et plus globalement sur le développement de l'enfant). En fonction de sa formation, il peut également exercer une surspécialité pour une partie de son activité¹⁵⁶.

[240] Le pédiatre joue toujours un rôle de premier recours, mais celui-ci est recentré sur les enfants avec des besoins particuliers ou des facteurs de risque (qui sont aujourd'hui, pour une partie d'entre eux, mal ou peu suivis) : enfants porteurs de maladies chroniques ; enfants handicapés ; enfants de la protection de l'enfance ; enfants prématurés ou présentant des facteurs de vulnérabilité à la naissance. Pour ces enfants, il joue le rôle de médecin traitant, assure le suivi du développement (examens préventifs), les consultations non programmées (maladies infectieuses, ...), et joue également un rôle de coordination des soins (rôle aujourd'hui souvent assumé par les familles, en dehors des enfants suivis par des institutions spécialisées comme le CAMSP). Enfin, le pédiatre participe à la permanence des soins, pour les enfants dont il assure le suivi ou pour d'autres enfants (gardes, participation au dispositif du service d'accès aux soins en tant que régulateur ou effecteur, ...).

[241] En reprenant la classification de l'OMS, la France se rapprocherait du modèle de prise en charge de 1^{er} recours par des médecins généralistes. Si l'on reprend la comparaison des densités pédiatriques (cf graphique en partie 1.1.1.1), la densité de pédiatres française est en cohérence avec ce système. D'autres pays suivent la même évolution : d'après le témoignage du vice-ministre de la

¹⁵⁶ Les besoins ne semblent pas suffisants pour l'exercice exclusif d'une surspécialité pédiatrique en ville, à l'exception toutefois des très grandes villes.

santé du Québec, le gouvernement du Québec souhaite le repositionnement des pédiatres ambulatoires en second recours, pour le suivi des enfants à risque.

Recommandation n°2 Recentrer le rôle du pédiatre de ville sur le suivi médical des enfants à besoins particuliers (maladies chroniques, handicapés, prématurés, protection de l'enfance...) et sur un rôle de recours pour les autres enfants

Recommandation n°3 Reconnaître le rôle du médecin généraliste formé à la santé de l'enfant pour le suivi médical des enfants sans pathologie chronique ni facteur de vulnérabilité

[242] Le repositionnement du pédiatre tel qu'il est préconisé par la mission nécessitera des ajustements du financement de leurs actes et de leur nomenclature : les consultations des pédiatres seront plus longues et complexes qu'actuellement, où les consultations obligatoires jouent un rôle prédominant dans la rémunération des pédiatres. Des consultations complexes existent actuellement, notamment pour le repérage des troubles du développement ou pour les enfants présentant un handicap, mais celles-ci sont peu utilisées, et leur spectre devra être élargi et développé pour accompagner le repositionnement des pédiatres. Le projet Occitadys actuellement mené en Occitanie dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale 2018, qui organise la prise en charge de premier et de deuxième recours des troubles du langage et des apprentissages pour les enfants de 6 à 15 ans en s'appuyant notamment sur des pédiatres libéraux, expérimente ainsi de nouvelles modalités de rémunération pour des missions d'expertise (par exemple le financement forfaitaire des bilans).

[243] Par ailleurs, la rémunération des pédiatres de ville est l'une des plus faibles parmi les spécialités médicales (cf 1.1.1.2), ce qui contribue à la diminution de l'attractivité de la profession et de son exercice en ville, en particulier en secteur 1. Une meilleure valorisation financière doit donc également être recherchée à travers la révision de la nomenclature, pour renforcer l'attractivité de la spécialité. La mission n'a toutefois pas pu chiffrer le financement nécessaire pour cette revalorisation, en l'absence de données complètes sur les rémunérations brutes des pédiatres (notamment les rémunérations liées à l'exercice salarié, souvent partiel et complémentaire à l'activité libérale).

Recommandation n°4 Ajuster la nomenclature des pédiatres pour permettre leur positionnement de recours et d'expertise et la revalorisation de leurs revenus afin de renforcer l'attractivité de la pédiatrie libérale

[244] Enfin, l'évolution des rôles respectifs des pédiatres et des médecins généralistes suppose des adaptations significatives dans leur formation, détaillées dans la partie 3.4.

3.1.2.2 Le renouvellement des modalités d'exercice des pédiatres et des médecins généralistes en ville doit se poursuivre et s'accélérer pour renforcer l'attractivité de l'exercice libéral

[245] L'exercice libéral avec un assistant médical est actuellement promu dans le cadre de la convention médicale (avenant 7 de la convention de 2016). Il s'est largement développé pour d'autres professions ou spécialités médicales (chirurgiens-dentistes, ophtalmologistes notamment), et est également fréquent ou généralisé dans d'autres pays (notamment l'Allemagne et la Suisse). D'après les témoignages des pédiatres (cf. encadré ci-dessous), l'appui d'un assistant médical pour les consultations infantiles est particulièrement adapté. L'assistant médical permet un gain de temps médical, des conditions d'exercice améliorées pour le pédiatre, un réel intérêt pour le professionnel exerçant cette fonction et surtout un service rendu au patient de meilleure qualité. Les compétences d'auxiliaire de puériculture, notamment, semblent particulièrement adaptées pour les assistants médicaux en pédiatrie, en particulier pour la délivrance de conseils parentaux. Si l'emploi des

assistants médicaux se développe significativement chez les médecins généralistes, il reste très minoritaire chez les pédiatres, ce qui s'explique aussi par les conditions du soutien financier (exercice en groupe ; exercice en secteur 1 ou secteur 2 OPTAM ; majoration pour les zones sous-denses). Pour que ce modèle d'organisation soit viable économiquement, les revenus générés par l'activité supplémentaire du médecin couplés à l'aide financière de l'assurance maladie doivent permettre de couvrir le salaire de l'assistant.

[246] Le rôle de l'assistant médical est complémentaire et distinct de celui de l'infirmière puéricultrice, dont l'exercice en binôme est préconisé pour les médecins de l'enfant. L'assistant médical fournit un appui à la consultation du médecin et exerce directement auprès de lui, alors que les infirmières puéricultrices ont vocation à proposer des consultations autonomes, dans le cadre de protocoles médicaux.

Bilan de l'emploi d'un assistant médical par un pédiatre

Les retours des pédiatres, issus d'une enquête de l'assurance maladie auprès de 7 pédiatres, et d'un entretien de la mission avec un praticien et son assistante médicale pédiatrique, sont extrêmement positifs. Ils témoignent d'un gain de temps médical pour le pédiatre (évalué à 40 % par l'un des pédiatres), d'une amélioration du service pour le patient (prise en charge beaucoup plus globale) et d'une amélioration de la qualité du travail pour les pédiatres (consultations plus qualitatives, meilleure organisation).

Les verbatim des pédiatres en attestent : « Il est très satisfait de ce binôme. Il ne pourrait plus se passer d'une assistante médicale. » ; « Cela lui permet de dégager du temps pour ses consultations et de se recentrer sur son cœur de métier. »

Les missions confiées par les pédiatres à l'assistant médical sont :

- un appui administratif (très fréquent- environ 20 à 30 % du temps de travail de l'AM) : enregistrement des données dans le dossier médical ou carnet de santé ; facturation et encaissement ; enregistrement des médecins traitants ; remplissage des dossiers liés aux handicaps des enfants (PAI, MDPH, CMPP) ; mise en relation avec les professionnels de santé ; gestion du courrier et numérisation des comptes rendus d'examens ;
- la gestion de l'accueil physique et téléphonique (très fréquente- 6 pédiatres sur 7) ;
- une assistance à la consultation (5) : prise des constantes, aide pour déshabiller les enfants, aide à la vaccination, pesée, préparation du matériel ;
- la réalisation de dépistages visuels et auditifs (2) ou de dépistage des troubles de l'apprentissage (1) ;
- des conseils aux parents (par rapport au COVID, à l'alimentation...) (1) ;
- l'observation des patients en salle d'attente (1) ;
- les prises de sang, la réalisation de tests Covid et de tests urinaires (1- profil infirmier) ;
- le nettoyage des salles d'examen (1).

[247] L'exercice de groupe doit progressivement devenir la référence, pour les pédiatres comme pour les médecins généralistes. Celui-ci est également plébiscité par les jeunes médecins qui ne souhaitent pas exercer de manière isolée, et facilite l'exercice de la permanence des soins. L'exercice pluri-professionnel est aussi particulièrement adapté à la médecine de l'enfant. Au-delà de l'exercice en binôme médecin / infirmière puéricultrice préconisé par la mission, l'exercice avec des professionnels tels que les psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthophonistes ou encore des kinésithérapeutes apparaît particulièrement adapté. La création de maisons de santé pédiatriques apparaît un modèle prometteur (pour les zones médicales denses), qui est toutefois limité par la pratique actuelle qui impose généralement la présence de deux médecins généralistes

pour toute création de maisons de santé¹⁵⁷ (et ne permet donc pas aux pédiatres de créer des maisons de santé). La mission appelle à lever ce frein en autorisant et en encourageant la création de maisons de santé pédiatriques (cf. recommandation n°20). Dans les zones moins denses, où l'offre de soins ne permet pas nécessairement la création de maisons de santé pédiatriques, on peut également imaginer des sections « Santé de l'enfant » au sein de maisons de santé ou de centres de santé.

[248] Enfin, l'exercice mixte et l'exercice partagé gagneraient à se développer encore davantage chez les pédiatres libéraux : vacations à l'hôpital, exercice en établissements médico-sociaux, en CAMSP, en PMI, Ces modalités d'exercice sont plébiscitées par les jeunes générations, et permettent de renforcer la présence médicale dans certaines institutions de santé de l'enfant. Une présence accrue des pédiatres en établissements médico-sociaux serait notamment souhaitable. De même, l'exercice mixte des médecins généralistes avec des compétences en santé de l'enfant pourrait utilement être renforcé, en particulier en PMI ou en établissements médico-sociaux.

3.1.3 Renforcer la PMI et la santé scolaire

[249] Plusieurs rapports ont souligné les difficultés traversées par la PMI et la santé scolaire, en particulier en matière de recrutement d'effectifs médicaux (voir 1.2.1). Or ces deux institutions jouent un rôle préventif et social essentiel en matière de santé de l'enfant, notamment pour la prise en charge des populations les plus vulnérables et précaires, et pour un suivi de santé universel (bilans à l'école).

[250] Concernant les PMI, le rapport Peyron préconisait en 2019 une profonde réforme de leur financement, avec une augmentation significative de leurs moyens (jusqu'à 100 M€ supplémentaires en 2022), pour renforcer et uniformiser leurs actions, notamment en termes de bilans de santé à l'école maternelle, de réalisation des examens obligatoires des 0-6 ans et de visites à domicile par les infirmières puéricultrices. Le plan d'action du gouvernement sur les 1000 premiers jours intègre un renforcement des moyens des PMI, avec un financement de 35 millions d'euros en 2021, dans 70 départements ; ce financement supplémentaire dénote une volonté d'enrayer la contraction des moyens des PMI ces dernières années, mais il reste inférieur aux préconisations du rapport Peyron et mériterait d'être complété dans les prochaines années.

[251] S'agissant de la santé scolaire, le rapport IGAS/IGEN/IGAENR de 2016¹⁵⁸ préconisait une importante revalorisation financière des médecins scolaires pour renforcer leur attractivité et limiter les vacances de postes. La revalorisation des rémunérations des médecins scolaires par le ministère de l'Éducation nationale depuis fin 2015¹⁵⁹ ainsi que la création d'une formation de spécialité transversale (FST) Médecine scolaire dans le cadre de la réforme du DES de médecine

¹⁵⁷Aucune disposition juridique nationale n'interdit à des pédiatres de créer une MSP. L'article L.6323-3 du code de la santé publique définissant les MSP précise qu'elle assure des activités de soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours. Le cahier des charges national, défini par la circulaire interministérielle du 27 juillet 2010, précise qu'une MSP doit comprendre au minimum deux médecins, sans préciser leur spécialité. L'ACI fixant les modalités de financement des MSP ne précise pas non plus que la présence de deux médecins généralistes est requise, mais la rémunération des MSP est en partie fondée sur le calcul de la patientèle des médecins traitants.

En revanche, plusieurs cahiers des charges régionaux (établis par les ARS, par exemple dans les Hauts-de-France et en Ile-de-France) fixent une condition de présence de deux médecins généralistes dans les MSP. Certaines CPAM refuseraient également de valider le statut de MSP à des maisons de santé pédiatriques sans médecin généraliste.

¹⁵⁸ « Evaluation de politique publique – La place de la santé scolaire dans la santé des jeunes, Etat des lieux et perspectives », IGAS-IGEN-IGAENR, 2016

¹⁵⁹ La rémunération des médecins de l'éducation nationale a été revalorisée au 1^{er} décembre 2015 dans le cadre du passage au RIFSEP, et des évolutions ont été apportées aux grilles indiciaires (taux de promotion, création de grades hors classes) pour améliorer le déroulement de carrière. Source : ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse

visaient à renforcer l'attractivité de la profession, même si leurs résultats sont peu perceptibles à ce stade.

[252] Le rapport de la Cour des comptes recommandait en 2020 de poursuivre les efforts de rémunération des médecins, de créer des services de santé scolaire dans les rectorats pour renforcer le pilotage de la santé scolaire et organiser le travail en équipes pluri-professionnelles (notamment entre médecins et personnels infirmiers). Selon la Cour des comptes, le développement de la complémentarité avec la médecine de ville doit être poursuivi, notamment pour l'examen obligatoire des 6 ans. A ce titre, la mission considère que les CPTS constituent un levier intéressant pour favoriser les relations entre professionnels de santé libéraux (ou centres de santé), de PMI et de santé scolaire.

Recommandation n°5 Renforcer les mesures au profit de la santé scolaire et la PMI, institutions de médecine de l'enfant au rôle préventif et social essentiel

3.2 La pédiatrie hospitalière et la chirurgie pédiatrique doivent être recentrées sur leur rôle d'expertise et de recours, avec des équipes médicales et paramédicales renforcées

3.2.1 Recentrer la pédiatrie hospitalière et la chirurgie pédiatrique sur leur rôle de recours

3.2.1.1 Renforcer le rôle de recours des hôpitaux et mieux évaluer les besoins en compétences pédiatriques polyvalentes et spécialisées

[253] S'agissant de la pédiatrie, le repositionnement des pédiatres ambulatoires décrit précédemment doit permettre aux pédiatres hospitaliers (en particulier les pédiatres de CHU) de se consacrer davantage à leurs missions de troisième recours, très spécialisées : suivi des maladies rares et des maladies chroniques ne pouvant être prises en charge en ville, néonatalogie, réanimation, ... La part des pédiatres spécialistes exerçant à l'hôpital devrait continuer à croître ; dans les pays européens s'appuyant sur une prise en charge des enfants en premier recours par les médecins généralistes, environ 1/3 des pédiatres sont spécialisés¹⁶⁰.

[254] Pour autant, le maintien d'une pédiatrie généraliste (ou polyvalente) à l'hôpital est indispensable. En 2006, le rapport du Pr. Sommelet soulignait que la pédiatrie générale, équivalent de la médecine interne de l'adulte, devait demeurer individualisée, tant pour son rôle de diagnostic, d'orientation que de formation transversale extrêmement importants pour les pédiatres et les généralistes.

[255] En CH, les spécialistes conservent une activité importante de second recours relevant d'une pédiatrie polyvalente. L'ensemble des pédiatres (de CH comme de CHU), à l'exception de quelques spécialités comme la néonatalogie, poursuivent un exercice de pédiatrie générale à travers la permanence des soins aux urgences pédiatriques. En CHU, le maintien de postes de pédiatres polyvalents est aussi nécessaire, à l'instar de la médecine interne de l'adulte. Ainsi, les Hospices civils de Lyon ont récemment recréé des postes de pédiatrie générale pour répondre aux besoins croissants de coordination et conserver une vision globale de l'enfant. Or, si les besoins de surspécialisation semblent faire l'objet d'analyse quantitative pour déterminer le nombre de postes

¹⁶⁰ « As few pediatricians as possible and as many pediatricians as necessary ? », J. EHRICH et al, European paediatric association, the journal of paediatrics volume 202, 2018

ouverts aux options et FST du DES de pédiatrie, les besoins en pédiatrie générale (notamment dans les centres hospitaliers) sont insuffisamment évalués.

[256] De même, les besoins en chirurgie pédiatrique doivent être mieux évalués. L'exercice de la chirurgie pédiatrique nécessite aussi en parallèle des compétences en anesthésie pédiatrique. Or le manque de médecins anesthésistes disposant de compétences pour la prise en charge de très jeunes enfants est un frein important à la chirurgie pédiatrique. Les compétences en anesthésie pédiatrique, ainsi que pour les autres disciplines intervenant auprès des enfants (à l'instar de la radiologie pédiatrique) doivent être quantifiées, afin de répondre aux besoins d'expertise pédiatrique dans l'ensemble des disciplines médicales et chirurgicales.

Recommandation n°6 Affiner l'évaluation des besoins en pédiatrie polyvalente, en pédiatrie spécialisée, en chirurgie pédiatrique et dans les autres disciplines de l'enfant (anesthésie pédiatrique, radiologie pédiatrique, ...)

3.2.1.2 Développer la coordination entre établissements hospitaliers et généraliser les réseaux régionaux de chirurgie pédiatrique

[257] La coordination entre établissements hospitaliers répond à plusieurs enjeux pour la pédiatrie et la chirurgie pédiatrique :

- Permettre le bon niveau de recours aux soins, y compris pour les urgences (qualité des soins pour les patients, prise en charge à proximité du domicile, voire à domicile (hospitalisation à domicile), quand c'est possible) ;
- Permettre une bonne utilisation des ressources et des compétences médicales et paramédicales, valoriser l'activité dans chaque établissement, et éviter le sur-recours aux centres experts (qui se traduit par des délais d'attente, par exemple pour la prise en charge de certaines maladies chroniques) ;
- Favoriser l'homogénéité des pratiques et la diffusion des connaissances ;
- Organiser le relai entre la médecine de l'enfant et la médecine de l'adulte (notamment par des consultations communes de transition).

[258] Le réseau de chirurgie pédiatrique d'Occitanie constitue un modèle en matière de gradation des soins (cf. encadré en partie 2.4.1). Distinguant trois niveaux d'établissement (centres de proximité, centres spécialisés, centres de recours), il permet le développement de la coopération entre les acteurs, favorise la prise en charge au bon niveau de recours (avec une liste de pathologies pour chaque niveau d'établissement) et la montée en compétence des acteurs, avec des formations des chirurgiens des centres de proximité et des centres spécialisés. La labellisation des établissements par le réseau et la contractualisation constituent des garanties en termes de qualité des soins et d'efficacité de l'organisation (notamment pour l'exercice de la permanence des soins dans les services d'urgences pédiatriques).

[259] Sur ce modèle une gradation des soins en chirurgie pédiatrique est proposée (tableau 4).

Tableau 6 : Gradation proposée des centres de chirurgie pédiatrique orthopédique et viscérale

Type de centre de chirurgie pédiatrique	1 – Premier recours	2 – Second recours	3 – Troisième recours
	CH ou établissement privé sans réanimation pédiatrique		CHU ou établissement privé doté d’une réanimation chirurgicale pédiatrique.
	Selon formation des médecins		
Formation des chirurgiens et médecins anesthésistes	« Non chirurgiens ou médecins anesthésistes pédiatres » mais formation initiale et continue en chirurgie et anesthésie pédiatrique	Chirurgiens pédiatres exclusifs et médecins anesthésistes formés à l’anesthésie pédiatrique (+++) aptes à assurer la surveillance continue des enfants de moins de 3 ans	Chirurgiens pédiatres exclusifs et médecins anesthésistes spécialisés en anesthésie pédiatrique
Enfants pris en charge	Enfants de plus de 3 ans	Enfants de plus de 1 mois, à l’exception des nourrissons nés prématurés	Tous les enfants
Obligation	<ul style="list-style-type: none"> • Appartenance à une filière • Activité régulière 	<ul style="list-style-type: none"> • Appartenance à une filière 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilité et pilotage et évaluation de la filière • Identification claire des deux options distinctes de chirurgie viscérale et orthopédique. • Participation à la formation des chirurgiens de la filière
Pathologies	<ul style="list-style-type: none"> • Urgences vitales • Pathologies dites simples selon compétence des médecins 	Toute pathologie ne nécessitant pas de recours à une réanimation pédiatrique ou néonatale	Toute la pathologie chirurgicale pédiatrique H24
Hospitalisation des enfants	Lieu dédié aux enfants en chirurgie adulte ou en pédiatrie, mais permettant accueil des parents 24/24	Service de chirurgie pédiatrique ou lieu dédié aux enfants en chirurgie adulte ou pédiatrie, mais permettant accueil des parents 24/24	Service de chirurgie pédiatrique identifié et secteur ambulatoire spécifique pour les enfants
PDES en chirurgie pédiatrique	Non	Chirurgiens spécialistes et médecins anesthésistes présents sur place ou en astreinte opérationnelle H24	Chirurgiens spécialistes ou médecins anesthésistes présents sur place ou en astreinte opérationnelle H24

Source : mission

[261] De telles organisations doivent être généralisées dans l'ensemble des régions, sur l'impulsion des ARS. Ainsi, l'ARS Ile-de-France mène actuellement des travaux pour formaliser un réseau selon des principes proches de celui de l'Occitanie. Au niveau national, la réforme des autorisations d'activité actuellement en chantier devra intégrer l'obligation de formalisation d'organisations régionales structurées de chirurgie pédiatrique, tout en conservant une souplesse dans la mise en œuvre de ces organisations.

[262] Des organisations structurées gagneraient aussi à se développer entre les établissements hospitaliers pour la pédiatrie, à l'instar des réseaux en oncologie pédiatrique ou en périnatalité. De tels réseaux permettent d'organiser l'articulation entre établissements d'une même région (en particulier entre le deuxième recours et le troisième recours), d'homogénéiser les pratiques et de favoriser la qualité des soins et les transferts des patients selon un cadre clairement défini.

[263] Pour la pédiatrie comme pour la chirurgie-pédiatrique, ces organisations devront être favorisées en cohérence avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT) et les autres organisations territoriales des disciplines accueillant des enfants (imagerie notamment).

Recommandation n°7 Généraliser les organisations régionales structurées de chirurgie pédiatrique et favoriser les organisations hospitalières en pédiatrie pour établir une réelle gradation des soins, renforcer les compétences et la qualité des soins

3.2.2 Renforcer l'attractivité de la pédiatrie hospitalière et de la chirurgie pédiatrique, en particulier dans les centres hospitaliers

[264] Pour la pédiatrie, la prise en charge croissante en ambulatoire de missions de second recours ainsi que la prise en charge des soins non programmés de manière croissante en ville, grâce à une collaboration ville/hôpital efficace (cf partie 3.5), permettra de recentrer l'exercice de la pédiatrie hospitalière sur des missions de deuxième (CH) et troisième recours (CHU).

[265] De même, pour la chirurgie pédiatrique, les réseaux permettront aux chirurgiens pédiatriques de CHU de jouer davantage leur rôle de recours et de recentrer leur exercice sur les missions spécialisées.

[266] D'autres leviers doivent aussi être mobilisés pour renforcer l'attractivité de ces deux disciplines.

[267] Le poids de la permanence des soins et de la continuité des soins est très fréquemment invoqué comme facteur de perte d'attractivité, en particulier pour les petites équipes. Les services de pédiatrie en CHU et en CH, et de chirurgie-pédiatrique des CHU, doivent être d'une taille suffisante pour assurer la continuité et la permanence des soins. Le rapport sur la permanence des soins en établissements de santé recommande ainsi d'expertiser l'introduction d'un nombre minimal de praticiens pour faire fonctionner les lignes de gardes et d'astreintes¹⁶¹. La mission souscrit à une telle recommandation concernant la permanence des soins ; ce seuil minimum, qui pourrait s'établir selon les représentants de la chirurgie pédiatrique à 5 praticiens (sur chacun des versants, orthopédique et viscéral, en raison de la permanence des soins séparée), pourrait être introduit dans le cadre de la réforme des autorisations d'activité pilotée par la DGOS.

¹⁶¹ Avec la possibilité d'y déroger en cas de nécessité absolue sur autorisation expresse du DGARS après que l'ensemble des autres solutions (mutualisation de ressources, rationalisation de dispositif, recours à la télé-expertise) aient été étudiées. « Rapport d'étape sur l'évaluation de la permanence des soins en établissements de santé », IGAS 2020-024R, 2021

[268] Le rapport sur la PDSES recommande également une meilleure valorisation financière des gardes et astreintes, notamment à travers la création d'un coefficient de majoration de l'indemnité de sujétion de garde permettant de mieux reconnaître l'engagement des praticiens dans le fonctionnement des lignes les plus lourdes (intensité ou fréquence particulièrement élevée).

Recommandation n°8 Favoriser les équipes d'une taille suffisante en pédiatrie, et en chirurgie pédiatrique, en particulier pour assurer la permanence des soins et expertiser l'introduction d'un seuil minimum de praticiens pour les lignes de garde et astreintes

[269] L'exercice partagé (postes d'assistants partagés) constitue aussi un levier intéressant pour valoriser l'activité dans les centres hospitaliers, tant pour les pédiatres que pour les chirurgiens-pédiatres. Ce type d'exercice mérite d'être développé et encouragé financièrement, même s'il présente aussi des contraintes pour les praticiens.

[270] Par ailleurs, la reconnaissance des disciplines pédiatriques passe par une valorisation financière adéquate des actes pédiatriques médicaux et chirurgicaux. Les adaptations tarifaires existantes au sein de la CCAM et des GHS mériteraient d'être évaluées par une étude macroscopique sur les surcoûts pédiatriques portant sur l'ensemble des actes médicaux et chirurgicaux réalisés auprès des enfants ; une analyse plus fine pourrait être conduite sur les actes actuellement jugés sous-valorisés par les CNP de pédiatrie et de chirurgie-pédiatrique, à l'instar de l'étude menée par l'ATIH sur la radiothérapie pédiatrique qui avait conduit à des ajustements tarifaires.

Recommandation n°9 Evaluer la couverture des coûts de l'activité hospitalière (chirurgicale et non chirurgicale) concernant les enfants par les tarifs de la CCAM et du PMSI

[271] Enfin, le renforcement des équipes paramédicales (voir point suivant) contribuera aussi à améliorer les conditions d'exercice à l'hôpital.

3.2.3 Renforcer les équipes paramédicales en pédiatrie et en chirurgie pédiatrique et valoriser l'exercice hospitalier des infirmières puéricultrices et des auxiliaires de puériculture

3.2.3.1 Revaloriser l'exercice des infirmières puéricultrices et des auxiliaires de puériculture à l'hôpital

[272] Plusieurs leviers doivent permettre de mieux valoriser l'exercice des infirmières puéricultrices (IPDE) et auxiliaires de puériculture (AP) à l'hôpital.

[273] En premier lieu, l'adaptation des formations aux besoins des hôpitaux favorisera leur valorisation à l'hôpital. La réforme des compétences et de la formation des auxiliaires de puériculture en cours de finalisation vise une revalorisation de la profession. L'indispensable réforme de la formation des infirmières puéricultrices (cf. 3.4.1) devra aussi permettre une adaptation de leur référentiel de formation aux besoins des services hospitaliers, et l'allongement de la formation permettra l'acquisition de compétences plus importantes (notamment de compétences techniques nécessaires pour l'exercice dans les services hospitaliers).

[274] En deuxième lieu, le renforcement de la présence des infirmières puéricultrices et des auxiliaires de puériculture dans les services hospitaliers de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique doit être favorisé pour renforcer la qualité des soins et la reconnaissance des professions. Le recrutement de ces professionnels spécialisés sur l'enfant doit notamment, mais pas seulement, être poursuivi dans les services spécialisés où la réglementation prévoit une présence renforcée d'infirmiers afin de permettre le respect des seuils définis par les textes (pour la réanimation pédiatrique, 2 infirmiers,

dans la mesure du possible diplômés en puériculture, pour 5 patients ; pour la néonatalogie, un infirmier spécialisé pour 2 à 3 patients selon les configurations).

[275] Par ailleurs, une meilleure connaissance des effectifs d'auxiliaires de puériculture en établissements hospitaliers est nécessaire, notamment pour suivre et piloter leur présence au sein des services : la mission recommande ainsi d'établir un recensement de leurs effectifs, distinct de celui des aides-soignantes, à l'échelle nationale et régionale.

[276] Enfin, les délégations d'actes et de compétences doivent être renforcées dans les services hospitaliers pour valoriser l'exercice des IPDE et des AP. Les consultations autonomes d'infirmières puéricultrices ont vocation à se développer, à l'image des consultations en cours de développement dans certains services d'urgence ou de maternité (dans le cadre de protocoles de soins). De même, des délégations d'actes plus conséquentes doivent être envisagées pour les auxiliaires de puériculture (dans le cadre d'un exercice en binôme avec les infirmières puéricultrices), notamment pour la mesure et la transcription des paramètres vitaux, la réalisation des prélèvements non stériles et la dispensation de conseils (hygiène, état du sommeil, alimentation, parentalité, activités d'éveil, sécurité de l'enfant).

Recommandation n°10 Augmenter la présence des infirmières puéricultrices et des auxiliaires de puériculture dans les services de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique, notamment en appliquant les ratios fixés par les textes

3.2.3.2 Renforcer les équipes paramédicales des services de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique, en particulier pour les soins lourds

[277] De manière plus générale, le déficit de personnels paramédicaux est pointé par les acteurs médicaux et paramédicaux, conduisant à une dégradation de la qualité de la prise en charge des patients, à la fermeture de lits d'hospitalisation ou constituant un frein à l'ouverture de lits supplémentaires en période épidémique. Cependant, un renforcement des personnels paramédicaux est particulièrement nécessaire pour les unités accueillant des soins lourds (au-delà des services de soins critiques). Dans le prolongement des réflexions actuelles sur la création d'unités de soins lourds, la mise en place de quotas de personnels paramédicaux dans ces services pourrait être envisagée, en tenant compte de l'impact sur l'offre de soins que peuvent avoir de tels quotas (risques de fermeture de services incapables de respecter les seuils, ...).

[278] L'expérimentation actuellement menée en Ile-de-France d'unités de surveillance continue pédiatrique (environ 80 lits déployés dans 18 services de pédiatrie générale avec un service d'urgence), disposant de moyens renforcés en personnel paramédical et déployées notamment en saison épidémique, constitue une piste intéressante, même si elle ne permet pas de pallier les difficultés de recrutement des personnels paramédicaux. Selon l'ARS, le lien entre ces unités et les unités de réanimation pédiatrique a permis d'améliorer le niveau de formation des équipes.

Recommandation n°11 Identifier les soins lourds et complexes de l'enfant pouvant justifier des quotas de personnels paramédicaux en pédiatrie et chirurgie pédiatrique

3.2.4 Garantir le respect des droits des enfants malades et de leur famille

[279] L'application des dispositions encadrant l'hospitalisation des enfants et des adolescents reste encore imparfaite (cf 2.3.2.1). Trois voies d'amélioration doivent être plus particulièrement recherchées :

- La présence parentale auprès de l'enfant hospitalisé doit être systématisée à travers l'inscription d'un droit à la présence parentale dans le code de la santé publique ;
- L'hospitalisation des mineurs dans des services d'adultes doit être réduite autant que possible (en particulier en psychiatrie), et les espaces adaptés aux adolescents doivent être développés. Les unités de chirurgie ambulatoire spécifiques pour les enfants doivent notamment être encouragées. Les lieux de consultation doivent également être adaptés pour l'accueil des enfants, quelle que soit la discipline. Pour autant, une certaine souplesse doit être conservée pour certaines situations pour lesquelles une hospitalisation en service adulte peut être préférable, en particulier pour les 15-18 ans (par exemple en chirurgie orthopédique dont le matériel pédiatrique n'est plus nécessairement adapté à l'âge adolescent) ;
- Le consentement des parents et des enfants doit être systématiquement recherché.

Recommandation n°12 Veiller au respect des dispositions légales et réglementaires sur les droits des enfants malades, dans le cadre de l'hospitalisation complète et ambulatoire, et inscrire dans le code de la santé publique un droit à la présence parentale

[280] Par ailleurs, l'accompagnement des enfants et des familles doit encore être développé, encouragé et soutenu, tant par les associations d'usagers que par les réseaux hospitaliers, les ARS ou autres acteurs publics ou privés (consultations d'annonces, soutien psychologique, séjours de répit, éducation thérapeutique, ...).

3.2.5 Rapprocher la pédopsychiatrie et la pédiatrie notamment pour les urgences, la médecine de l'adolescent et la prise en charge des troubles du développement

[281] Sans préjuger des difficultés spécifiques rencontrées par la pédopsychiatrie (cf 1.3.2.1), un rapprochement entre la pédopsychiatrie et la pédiatrie est souhaitable pour renforcer la qualité des soins somatiques comme psychiques, favoriser la précocité des diagnostics et accroître la complémentarité des interventions. Le renforcement des liens entre les deux disciplines doit s'appuyer sur le renforcement de la pédopsychiatrie de liaison, sur une présence plus importante des pédopsychiatres auprès des équipes des services d'urgences pédiatriques, ou encore sur la construction de projets médico-soignants communs entre les deux disciplines. Le rapprochement des formations initiales (cf partie 3.4.3) y contribuera également.

[282] La coopération entre les deux disciplines est particulièrement nécessaire pour la prise en charge des troubles du neuro-développement qui gagne à associer pédopsychiatrie et pédiatrie au sein d'équipes pluridisciplinaires. Le développement de la médecine de l'adolescent, au sein des maisons des adolescents ou d'autres structures pluridisciplinaires, doit également s'appuyer sur une coopération étroite entre pédopsychiatrie et pédiatrie.

Recommandation n°13 Renforcer les coopérations entre la pédopsychiatrie et la pédiatrie, notamment avec des prises en charge conjointes pour les urgences pédiatriques, les troubles du neuro-développement et la médecine de l'adolescent

3.3 Proposition de schéma-cible de l'organisation des soins de santé de l'enfant

[283] Le tableau présenté page suivante schématise les missions et le positionnement des principales professions de santé de l'enfant (pédiatre, médecin généraliste, infirmière puéricultrice, auxiliaire de puériculture), en ville et à l'hôpital, telles qu'elles sont proposées par la mission. Ce système-cible suppose des adaptations et une trajectoire de changements qui sont présentées par la suite.

Tableau 7 : Schéma-cible du rôle et du positionnement des principaux professionnels de santé de l'enfant, en ville et à l'hôpital

	Missions	Modalités d'exercice	Positionnement
Médecin généraliste (MG) avec une formation renforcée en santé de l'enfant	<p>Suivi de proximité des enfants, en lien étroit avec les puéricultrices et les pédiatres</p> <p>Prise en charge des soins non programmés de l'enfant</p>	<p>Exercice avec un assistant médical, en binôme avec une infirmière puéricultrice (délégations)</p> <p>De manière privilégiée, exercice de groupe pluri-professionnel (maison pédiatrique, centre de santé, PMI, ..)</p> <p>Exercice en réseau (CPTS)</p>	<p>Positionnement de proximité, avec les IPDE</p> <p>Adressage au pédiatre ambulatoire pour un avis de 2nd recours</p> <p>Liens avec Santé scolaire et PMI</p>
Infirmière puéricultrice (IPDE) en ville	<p>Consultations autonomes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - consultations de puériculture - examens du développement et vaccinations - éducation thérapeutique (maladies chroniques) - suivi en sorties d'hospitalisation <p>Visites à domicile, en particulier pour les enfants vulnérables (PMI notamment)</p>	<p>Exercice en binôme avec un médecin, par exemple en maison pédiatrique, centre de santé ou en PMI</p> <p>Dans certains territoires, exercice autonome, en lien avec un médecin</p>	<p>Positionnement de proximité avec les médecins généralistes</p> <p>Articulation avec les sages-femmes pour les nouveau-nés (0-28 jours)</p> <p>Liens avec Santé scolaire et la PMI</p> <p>Lien avec l'hôpital pour les sorties d'hospitalisation</p>
Pédiatre en ville	<p>Suivi des populations vulnérables : enfants prématurés, avec handicap, ASE...</p> <p>Suivi des maladies chroniques et exercice éventuel de surspécialités</p> <p>Rôle de coordination du parcours de soins et de santé (yc lien école/ secteur MS)</p> <p>Participation à la PDS (notamment SAS)</p>	<p>Exercice avec un assistant médical (par exemple avec un profil d'auxiliaire de puériculture)</p> <p>De manière privilégiée, exercice de groupe pluri-professionnel, par exemple en maison pédiatrique, centre de santé, PMI</p> <p>Exercice en réseau (CPTS)</p>	<p>Positionnement de 1^{er} recours pour les enfants vulnérables</p> <p>Rôle de recours et d'expertise pour les MG et les autres professionnels de santé; rôle de recours pour l'hôpital</p> <p>Collaborations avec les pédopsychiatres, notamment pour les TND et les adolescents</p>

	Missions	Modalités d'exercice	Positionnement
Pédiatre hospitalier	Exercice de surspécialités (maladies rares et chroniques, néonatalogie, réanimation,..) Maintien d'une pédiatrie générale (maternité, urgences pédiatriques,...)	Exercice en réseau hospitalier (gradation des soins CH/ CHU) Délégations aux infirmières puéricultrices et aux IPA (maladies chroniques)	Positionnement de 2 ^{ème} et troisième recours Liens étroits avec l'ambulatoire, via les CPTS (pédiatres, MG) pour le suivi des maladies chroniques et les soins non programmés Liens avec la pédopsychiatrie, notamment pour les TND et les adolescents
Infirmière puéricultrice à l'hôpital	Réalisation de soins dans les services de pédiatrie générale et spécialisées Consultations autonomes : puériculture (notamment aux urgences pédiatriques), suivi des maladies chroniques	Exercice en lien étroit avec les pédiatres et les auxiliaires de puériculture Equipes paramédicales renforcées, en particulier pour les soins lourds	Positionnement complémentaire à celui des IPA dans les services spécialisés de pédiatrie
Auxiliaires de puériculture	Assistance aux soins dans les services de pédiatrie générale et spécialisée Réalisation autonome de certaines tâches (par exemple la mesure et transcription des paramètres vitaux)	Exercice en binôme avec les IP	

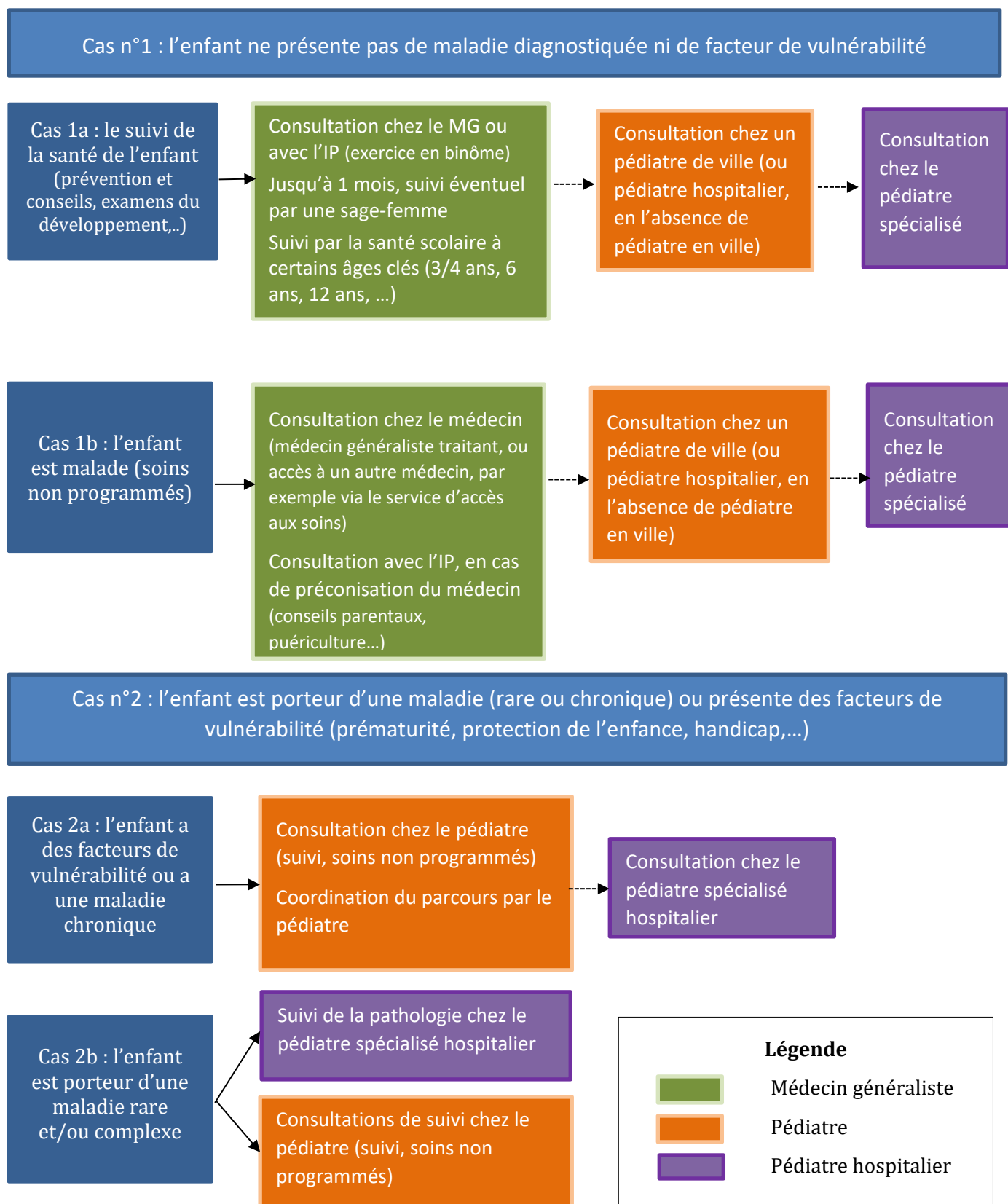
Source : mission

[284] Le système proposé clarifie le rôle et le positionnement des différents professionnels :

- En distinguant les acteurs de premier recours (en ville), les acteurs de deuxième recours (en ville ou à l'hôpital) et troisième recours (à l'hôpital) ;
- En différenciant le rôle des médecins généralistes de celui du pédiatre en ville ;
- En recentrant la pédiatrie hospitalière sur son rôle de recours et sur ses compétences très spécialisées ;
- En généralisant les compétences paramédicales (infirmière puéricultrice) en ville (pas uniquement en PMI) pour permettre un suivi universel et une prévention renforcée, et valoriser plus généralement l'exercice paramédical, en ville comme à l'hôpital ;
- En renforçant les coopérations entre acteurs et l'exercice en binôme ou en groupe.

[285] Ce système améliore également la lisibilité de l'organisation des soins pour les familles. Le schéma présenté page suivante résume les parcours des enfants, en fonction de leur état de santé.

Schéma 1 : Le parcours de l'enfant : cas-types



3.4 La mise en œuvre du schéma-cible suppose des évolutions importantes en termes de formation des professionnels

3.4.1 Rénover et adapter la formation des puéricultrices : un impératif et une urgence

[286] La réforme des textes encadrant les compétences et la formation d'infirmière puéricultrice (IPDE) est indispensable et doit être menée à brève échéance, en ayant pour objectifs :

- L'adaptation du référentiel aux pratiques professionnelles : le référentiel de formation doit être renforcé dans son caractère technique, pour mieux répondre aux exigences des services hospitaliers, et complété dans ses aspects préventifs et généralistes, afin d'intégrer les nouvelles pratiques et l'évolution des connaissances (par exemple le soutien à la parentalité, l'attachement) ;
- L'intégration de nouvelles compétences, en lien avec les évolutions des missions des IPDE, en adaptant les lieux de stage : réalisation de consultations, de bilans de santé (par exemple le bilan des 3/4 ans à l'école maternelle) ;
- L'adaptation du programme de formation aux nouvelles règles de certification (structure en blocs de compétences, inscription de la spécialité infirmière dans le LMD, ouverture à la VAE) et l'universitarisation de la formation, à l'instar des évolutions en cours dans la formation des infirmiers. A ce titre, la réforme pourra s'inspirer de la récente mise en œuvre de la formation des infirmiers en pratique avancée, avec un cadrage réglementaire plus souple, des formations adossées aux universités et une mutualisation d'enseignement avec les autres formations d'infirmiers ;
- L'augmentation de la durée de la formation : la formation actuelle est déjà jugée trop courte et dense, et le renforcement du programme de formation rendra d'autant plus nécessaire l'allongement de la formation ;
- La mastérisation de la formation, en cohérence avec le renforcement des compétences, les nouvelles missions et l'allongement de la formation.

[287] Plusieurs ajustements seront nécessaires pour la mise en œuvre de cette réforme, parmi lesquels le rapprochement des 35 écoles de puériculture avec l'université ou le financement de l'allongement de la formation (dont le coût ni les modalités n'ont pu être estimés par la mission).

[288] L'ensemble de ces évolutions conduira à une revalorisation du diplôme d'infirmière puéricultrice et à sa meilleure reconnaissance. Par ailleurs, elles devront contribuer à clarifier et à distinguer le positionnement des infirmiers puériculteurs par rapport à celui des infirmiers en pratique avancée (IPA). Les diplômes d'IPA permettent l'acquisition de compétences spécialisées (notamment en matière de suivi des maladies chroniques) et leurs titulaires ont vocation à exercer sur un champ précis, avec une autonomie accrue. Ainsi, des IPA pourront exercer notamment dans les services de pédiatrie spécialisée (par exemple dans les services d'endocrinologie pédiatrique, pour le suivi des enfants diabétiques), ou de chirurgie pédiatrique (gypsothérapie, stomatothérapie).

[289] Le diplôme d'IPDE couvre *a contrario* un champ très vaste, il est plus généraliste et polyvalent, même s'il doit également viser l'acquisition de compétences techniques en matière de soins de santé de l'enfant. Il offre des perspectives d'exercice variées (ville et hôpital, services de pédiatrie générale ou services de pédiatrie plus spécialisée comme la néonatalogie, chirurgie pédiatrique), et devra également permettre un exercice avec une autonomie accrue (par exemple à travers les consultations

autonomes). Par ailleurs, les IPDE ayant acquis des expertises particulières en raison de leur expérience ou d'une formation spécifique peuvent aussi jouer un rôle accru dans le suivi des maladies chroniques de l'enfant, à l'instar des IPA.

[290] Enfin, ces évolutions supposent un financement accru des formations d'IDPE par la formation continue et un accompagnement par une politique de ressources humaines adaptée par les établissements hospitaliers.

Recommandation n°14 Rénover les compétences et la formation très désuète des infirmières puéricultrices en fonction des pratiques, des nouvelles missions des IDPE dans la perspective d'une universitarisation

3.4.2 Renforcer la formation des médecins généralistes à la santé de l'enfant et créer une option « Santé de l'enfant »

[291] Le renforcement et l'homogénéisation de la formation des médecins généralistes en matière de santé de l'enfant est un corollaire indispensable au rôle accru qu'ils assument dans le suivi médical des enfants.

[292] En premier lieu, la formation théorique doit être renforcée et homogénéisée sur le territoire. Les contenus des formations gagneraient à être élaborés en partenariat entre médecins généralistes et pédiatres, et pourraient également associer d'autres professionnels de santé de l'enfant, dans une optique pluri-professionnelle. Des partenariats pourraient être établis entre les unités de formation et de recherche (UFR) pour proposer des formations complémentaires en ligne aux étudiants. La formation doit être renforcée en matière de suivi préventif de l'enfant de suivi des nouveau-nés, tout en intégrant le traitement des pathologies aiguës des enfants et des pathologies chroniques les plus fréquentes. Le repérage des troubles du développement et des troubles psychiques devra également être conforté.

[293] En second lieu, la formation pratique doit être confortée. La réalisation effective d'un stage de 6 mois en santé de l'enfant, telle que prévue dans la maquette de formation de 2017, apparaît un préalable. La réalisation de stages mixtes entre ville (cabinet de pédiatre, PMI, cabinet de médecin généraliste avec une expertise particulière en matière de santé de l'enfant, ...) et hôpital (service de pédiatrie générale, maternité, urgences pédiatriques, ...) est plébiscitée par les acteurs, et gagnerait à se développer.

[294] Au-delà, la mission préconise la création d'une option « Santé de l'enfant », qui pourrait être intégrée à une 4^{ème} année du DES de médecine générale, si celle-ci est créée. Cette option au sens de l'article R 632-21 du code de l'éducation¹⁶² permettrait une formation pratique et théorique renforcée et donnerait davantage de visibilité aux parents et aux professionnels de santé sur les compétences des médecins généralistes.

[295] Enfin, la formation continue en matière de santé de l'enfant, et notamment les DU de santé de l'enfant, gagneraient à être développés et à être affichés, dans le respect des règles ordinales, afin que les médecins généralistes ayant des compétences plus importantes en santé de l'enfant soient identifiés par les professionnels et les familles au sein de l'offre de santé. La réforme du 2^{ème} DES en

¹⁶² L'article R 632-21 du code de l'éducation précise que les options précoces ouvrent droit, en sus de l'exercice de la spécialité du diplôme d'études spécialisées dans laquelle les étudiants sont affectés, à l'exercice complémentaire de la surspécialité de l'option précoce choisie.

cours de finalisation permettra également aux médecins généralistes en exercice d'acquérir un DES de pédiatrie.

Recommandation n°15 Renforcer et homogénéiser la formation théorique et pratique de médecine générale en santé de l'enfant et créer une option médecine de l'enfant pour les médecins généralistes

3.4.3 Adapter et renforcer la formation continue des pédiatres de ville pour accompagner le positionnement en second recours

[296] Le rôle de second recours préconisé par la mission pour le pédiatre de ville suppose un renforcement et une actualisation de leurs connaissances. Une enquête menée par l'association française de pédiatrie ambulatoire en 2016 sur la prise en charge des troubles « DYS » montrait que 25 % des pédiatres ne se sentaient pas en situation de répondre à cette demande, 56 % pensaient pouvoir répondre aux situations simples (premier recours) et 18 % aux situations complexes (second recours). Près de 80 % des pédiatres répondants exprimaient un besoin de formation continue.¹⁶³

[297] Ainsi, un ambitieux programme de formation continue devra être mis en place dans le cadre du développement professionnel continu (DPC), en collaboration avec le CNP de pédiatrie, pour les pédiatres de ville portant notamment sur le repérage et le dépistage des troubles du développement et de l'apprentissage, le suivi des maladies chroniques ou encore la coordination des soins (rôle des différents acteurs, connaissance des dispositifs de réponse rééducative ou pédagogique...). Les diplômes universitaires (DU) pourraient aussi utilement être renforcés. Par ailleurs, la réforme du deuxième DES en cours de finalisation devrait permettre aux pédiatres en exercice de postuler à une option ou à une FST proposée dans le cadre du DES d'origine, et ainsi conforter ses connaissances spécialisées en cours d'exercice.

Recommandation n°16 Adopter un programme de formation continue ambitieux pour les pédiatres de ville dans le cadre du DPC pour l'exercice de missions de recours et d'expertise

[298] Par ailleurs, la formation initiale de pédiatre (DES de pédiatrie) mériterait d'être complétée :

- La valorisation de l'exercice libéral et plus largement de l'exercice en ambulatoire auprès des étudiants nécessite le développement de stages en libéral et en ambulatoire au cours du troisième cycle. Les stages mixtes ville/ hôpital mériteraient notamment d'être développés ;
- La formation initiale et continue des pédiatres à la médecine de l'adolescent, en lien étroit avec la pédopsychiatrie, est nécessaire pour renforcer les compétences dans cette « discipline » encore insuffisamment développée en France. Les stages de pédiatrie en pédopsychiatrie sont à développer, afin de favoriser les rapprochements entre les deux disciplines ;
- Enfin, pour les pédiatres se surspécialisant, les stages en discipline adulte de la surspécialité gagneraient aussi à être renforcés.

¹⁶³ 486 pédiatres membres de l'AFPA ont répondu à l'enquête. Source : « Le pédiatre libéral dans le parcours de soins des enfants présentant des troubles « dys », T-N WILLIG et al, 2017

3.4.4 Renforcer les compétences pédiatriques des autres professionnels de santé (chirurgie adulte, médecins anesthésistes, infirmiers généralistes, ...)

[299] Les freins à l'exercice de la pédiatrie ou de la chirurgie pédiatrique sont aussi dus au manque de compétence pédiatrique d'autres professionnels de santé.

[300] Ce constat est particulièrement valable pour la chirurgie pédiatrique, dont l'organisation en réseau suppose de pouvoir s'appuyer sur des chirurgiens adultes formés à la prise en charge de certaines pathologies infantiles. Le recul des connaissances de chirurgie pédiatrique chez les chirurgiens adultes occasionné par la réforme du DES est souligné par les chirurgiens-pédiatres. A l'instar de la chirurgie orthopédique, dont le cursus de troisième cycle prévoit un stage en chirurgie pédiatrique, le cursus de stages de la chirurgie viscérale et urologique doit intégrer un stage en chirurgie infantile, selon le schéma présenté ci-dessous.

Tableau 8 : Proposition d'évolution des maquettes de stage de la phase d'approfondissement de chirurgie

	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Chirurgie viscérale et digestive	Urologie
Dans un service agréé à titre principal dans la spécialité	3 stages	4 stages	2 stages
Dans un service agréé à titre principal en chirurgie pédiatrique et à titre complémentaire dans la spécialité	1 stage	1 stage	1 stage
Dans un service agréé à titre principal dans une autre discipline et à titre complémentaire dans la discipline	1 stage - chirurgie vasculaire - neurochirurgie - chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	L'un des 4 stages peut être remplacé par : - chirurgie thoracique et cardiovasculaire - chirurgie vasculaire - urologie	2 stages en chirurgie viscérale et digestive
Stages libres	1	1	1

Source : mission

[301] Par ailleurs, la chirurgie pédiatrique doit pouvoir s'appuyer sur des médecins anesthésistes ayant des compétences pédiatriques, en particulier pour les interventions auprès des très jeunes enfants. Les compétences en pédiatrie des médecins radiologistes sont aussi essentielles, tant pour l'exercice de la chirurgie pédiatrique que pour celui de la pédiatrie. Les compétences des médecins urgentistes en pédiatrie doivent également être importantes, compte-tenu du nombre élevé d'enfants pris en charge aux urgences générales. Les formations initiales¹⁶⁴ et continues de ces spécialités doivent ainsi réserver une place suffisante aux enseignements de pédiatrie et aux stages dans ce domaine.

¹⁶⁴ L'annexe 2 détaille la structuration de la formation initiale de ces différentes spécialités depuis la réforme du DES de 2017.

[302] Enfin, l'ensemble des professionnels de santé de l'enfant a souligné le recul que constituait la disparition du stage en pédiatrie dans le cursus de formation des infirmiers (généralistes) en 2009. La prochaine réforme de leur formation devrait permettre le rétablissement de ces stages.

Recommandation n°17 Renforcer les compétences pédiatriques des autres professionnels de santé (notamment chirurgiens adulte, médecins anesthésistes, médecins radiologistes, infirmiers généralistes, ...) en particulier avec des stages obligatoires en formation initiale

3.5 Les coopérations territoriales doivent se généraliser pour organiser les parcours de soins pédiatriques et garantir le suivi de l'ensemble des enfants

[303] La coordination entre les professionnels de santé de l'enfant exerçant en ambulatoire, d'une part, et entre acteurs de ville et acteurs hospitaliers, d'autre part, devrait contribuer à :

- Mieux répondre aux besoins de santé des enfants : prise en charge des soins (notamment les soins non programmés) dans un délai compatible avec leur état de santé, suivi de l'ensemble des enfants, développement de la prévention ;
- Organiser les parcours de soins des enfants, avec des soins de qualité (si possible à proximité du domicile des enfants), le bon niveau de recours, et une bonne utilisation des compétences des différents acteurs, selon une logique de subsidiarité ;
- Assurer la transmission des informations concernant la santé des enfants entre les acteurs, dans le respect du secret professionnel, et ainsi de limiter la charge pour les enfants et les parents.

3.5.1 Développer la coopération entre les professionnels de santé de l'enfant ambulatoires en s'appuyant sur les communautés professionnelles territoriales de santé

[304] D'étroites relations de travail doivent tout d'abord être nouées entre médecins généralistes, pédiatres et infirmières puéricultrices pour la prise en charge des enfants. Le schéma proposé par la mission suppose en effet un travail en binôme entre infirmières puéricultrices et médecins, et une complémentarité entre médecins généralistes et pédiatres. L'exercice dans des mêmes locaux, au sein de cabinets de groupe, de maisons de santé ou de centres de santé, constitue un puissant levier pour favoriser ces coopérations, non seulement entre médecins, avec les infirmières puéricultrices mais aussi avec l'ensemble des professionnels de santé intervenant auprès des enfants (orthophonistes, psychomotriciens, masseurs-kinésithérapeutes, ...). Le développement d'annuaires ou de protocoles, à l'instar des outils développés par la commission pédiatrie de l'URPS Médecins en Pays de la Loire (cf partie 2.4.2.2), peuvent également favoriser les relations.

Recommandation n°18 Encourager l'exercice pluri-professionnel des professionnels de santé de l'enfant, notamment en autorisant les maisons de santé pédiatriques

[305] Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en cours de développement constituent des espaces privilégiés pour cette coopération, permettant des schémas évolutifs et adaptés aux territoires. Les CPTS devront intégrer les différents acteurs de santé de l'enfant (y compris les pédiatres) et développer les coopérations autour de la santé de l'enfant pour permettre :

- L'accès au médecin traitant pour les enfants ;
- La prise en charge des soins non programmés pour les enfants ;

- La coordination pour la réalisation des examens de santé obligatoires pour l'ensemble des enfants, en particulier les bilans de santé universels aux âges de 3-4 ans et de 6 ans, en s'appuyant sur les ressources médicales et infirmières de la médecine de ville, de la PMI, des services de santé scolaire : le tableau ci-après illustre l'enchevêtrement des compétences de ces acteurs pour la réalisation des bilans de santé et la nécessité de coopérations locales pour assurer la complémentarité des interventions ;
- La réalisation d'actions de prévention, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique à destination des enfants (adaptées en fonction de l'état de santé des enfants sur le territoire) ;
- La mise en place de parcours de soins : l'organisation de consultations de recours par des pédiatres en ville ou à l'hôpital, le cas échéant en téléconsultations ou en consultations avancées ; la prise en charge de l'ensemble des besoins de santé de l'enfant et de l'adolescent sur un territoire, de manière pluridisciplinaire, par exemple pour la prise en charge des troubles du neuro-développement (en lien avec les plateformes PCO en cours de structuration) ou la prise en charge des adolescents (lien avec la pédopsychiatrie notamment).

Recommandation n°19 Développer un axe « Santé de l'enfant » au sein des CPTS pour garantir le suivi de l'ensemble des enfants, renforcer les actions de prévention et favoriser l'organisation des parcours de soins

Tableau 9 : Intervenants dans la réalisation des examens obligatoires, vaccinations et dépistages en fonction de l'âge de l'enfant

	Age des examens obligatoires	Vaccinations	Tests sensoriels et langage	Médecin	Sage-femme	IP de ville	PMI	Santé scolaire
Nouveau-né Médecin/ SF/IP ville	8 jours qui suivent la naissance							
	2 ^{ème} semaine							
	Fin du premier mois		V					
1 mois à 3 ans Coordination binôme Médecin IP ville / PMI	2 ^{ème} mois	V						
	3 ^{ème} mois							
	4 ^{ème} mois		A					
	5 ^{ème} mois	V						
	6 ^{ème} mois							
	9 ^{ème} mois		AV					
	11 ^{ème} mois	V						
	12 ^{ème} mois	V						
	13 ^{ème} mois							
	16 à 18 mois	V						
24 ^{ème} ou 25 ^{ème} mois		AV						
3 ans à 16 ans Coordination binôme MT : IP ville / médecine scolaire	3 ^{ème} année		AL					
	4 ^{ème} année		AL					
	5 ^{ème} année							
	6 ^{ème} année	R	VL					
	Entre 8 et 9 ans							
	Entre 11 et 13 ans	R						
Entre 15 et 16 ans								

Source : Mission à partir des examens obligatoires prévus par la réglementation et les tests sensoriels recommandés par la HAS

Lecture : un examen obligatoire et des vaccinations sont prévus au 2^{ème} mois de vie de l'enfant. Le médecin, l'infirmière puéricultrice et la PMI peuvent assurer un suivi de l'enfant à cet âge. (Vaccinations : V vaccin, R rappel – Tests sensoriels : V visuel, A auditif, L langage)

3.5.2 Renforcer la coopération ville/ hôpital pour l'organisation du parcours de soins des enfants et la prise en charge des soins non programmés

[306] La structuration des acteurs de ville à travers les communautés professionnelles territoriales de santé devrait favoriser les relations entre ville et hôpital. A titre d'exemple, les CPTS, lorsqu'elles existent, constituent actuellement un interlocuteur et un relai des établissements hospitaliers pour l'organisation des sorties d'hospitalisation liées au Covid. De même, l'organisation de parcours de soins pédiatriques entre ville et hôpital sera facilitée par l'existence de réseaux regroupant les acteurs de santé d'un territoire. La connaissance des acteurs d'une filière de soins sur un territoire, l'organisation de sorties d'hospitalisation plus précoces, avec un suivi libéral ou en hospitalisation à domicile, mais aussi l'accès ponctuel aux plateaux techniques hospitaliers pour des acteurs de ville (par exemple dans le cadre d'exercices mixtes) devraient ainsi être favorisés.

[307] La prise en charge des soins non programmés constitue un enjeu important d'une meilleure structuration des relations entre ville et hôpital, afin d'éviter le recours non pertinent aux urgences, en particulier pendant les périodes épidémiques. Le projet du service d'accès aux soins en cours de déploiement suppose une étroite collaboration entre ville et hôpital, tant pour la régulation des appels téléphoniques (coopération entre les acteurs libéraux de la permanence des soins ambulatoires et ceux du SAMU) que pour la programmation des consultations en ville dans des délais réduits pour les patients concernés.

[308] Les expérimentations recensées par la mission (cf. partie 2.2.2) soulignent l'importance de s'appuyer sur des compétences spécialisées en santé de l'enfant pour la prise en charge des soins non programmés, en particulier pour les jeunes enfants. Pour la régulation médicale, les structures de SAMU pédiatrique, lorsqu'elles existent, ou, à défaut, les urgentistes pédiatriques, pourront constituer une expertise précieuse. En matière d'effectif, des consultations auprès de médecins ayant des compétences en santé de l'enfant (pédiatres ou médecins généralistes ayant des compétences en santé d'enfant) ou auprès d'infirmières puéricultrices (pour les demandes relevant de puériculture et de réassurance des parents) devraient être proposées.

Recommandation n°20 Intégrer des professionnels spécialisés en santé de l'enfant dans le service d'accès aux soins pour une prise en charge des soins non programmés coordonnée entre ville et hôpital

3.5.3 Développer les outils informatiques au service de la santé de l'enfant

[309] Des outils informatiques adaptés à la santé de l'enfant sont indispensables pour favoriser le partage d'informations et la coordination entre les professionnels de santé de l'enfant ainsi que pour informer les enfants et les parents et faciliter leurs relations avec les professionnels de santé.

[310] Le développement d'un carnet de santé électronique, intégré dans le dossier médical partagé, constitue à ce titre une priorité. Celui-ci est prévu dans l'espace numérique en santé qui doit être déployé début 2022. La mission recommande qu'il intègre les bilans de l'ensemble des examens de santé et dépistages et favorise le partage d'informations entre l'ensemble des acteurs de santé de l'enfant (y compris la PMI et la santé scolaire, qui sont dotées de leurs propres systèmes d'information). Comme le carnet de santé dans sa version papier, il doit permettre la diffusion de messages de santé préventifs, régulièrement actualisés en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques, et devra donner une meilleure visibilité sur les dispositifs de suivi de la santé de l'enfant (examens de santé, notamment à l'école, programmes de prévention, etc.).

[311] La dématérialisation des certificats de santé constitue un autre chantier important pour favoriser une meilleure connaissance de la santé des enfants.

Recommandation n°21 Développer un carnet de santé électronique, en lien avec le dossier médical partagé de l'enfant, accessible à tous les professionnels de santé de l'enfant (y compris PMI et médecine scolaire)

3.5.4 Renforcer les politiques des ARS en matière de santé de l'enfant, notamment en accordant une place plus importante à la santé de l'enfant dans les projets régionaux de santé

[312] Le rôle des ARS mériterait d'être conforté et développé en matière de santé de l'enfant, afin d'améliorer la structuration de l'offre en santé de l'enfant au niveau local. La mission recommande ainsi que les ARS :

- Formalisent d'une politique de santé de l'enfant, dans le cadre des projets régionaux de santé à la santé de l'enfant ;
- Désignent en leur sein des référents de pédiatrie ou de santé de l'enfant ;
- Favorisent les équipes médicales et paramédicales suffisantes dans les services de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique ;
- Financent les postes d'assistants partagés pour la pédiatrie et la chirurgie pédiatrique contribuant à l'attractivité des postes de praticiens hospitaliers en centres hospitaliers ;
- Soutiennent et organisent la gradation des soins hospitaliers à travers les organisations structurées entre établissements, tant en chirurgie pédiatrique qu'en pédiatrie ;
- Favorisent les coopérations en matière de santé de l'enfant, en encourageant les maisons de santé pédiatriques, le développement d'actions de santé de l'enfant par les CPTS ou en soutenant les projets pluri-professionnels en matière de santé de l'enfant.

Emilie FAUCHIER-MAGNAN

Pr. Bertrand FENOLL

LETTRE DE MISSION



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Le Ministre

Paris le 29 SEP. 2020

DGOS/PEGASE : D-20-013642

Madame,

La prise en charge et la préservation de la santé de l'enfant constituent des enjeux majeurs conditionnant la santé des adultes de demain. Les enfants forment une population particulière dont la santé doit être protégée dans toutes ses dimensions en associant les soins curatifs adaptés, la prévention, et en prenant en compte leurs besoins spécifiques, notamment affectifs et éducatifs, et la place des parents.

De multiples acteurs interviennent tout au long des parcours de soins et de santé de l'enfant que ce soit lors de soins urgents médicaux ou chirurgicaux, lors du diagnostic et de la prise en charge d'une maladie chronique, d'un handicap, ou lors d'actions de prévention. Or, l'organisation actuelle des soins de santé de l'enfant en France n'est pas optimale et insuffisamment intégrée :

- En ville, les acteurs de santé ne sont pas toujours en mesure de répondre aux besoins de soins non-programmés pédiatriques.
- Dans les établissements de santé, les professionnels doivent faire face à de nombreuses missions (subsidiarité avec la ville, urgences, prise en charge et suivi des pathologies chroniques et de leurs complications, avis ultraspécialisés et soins lourds et complexes dans le cadre de surspécialités), ce qui génère des difficultés d'organisation, une lourde charge de travail et une insatisfaction peu propices à la relève des générations au niveau des soignants. Par ailleurs les épidémies hivernales génèrent des tensions tant aux urgences qu'en hospitalisation voire en réanimation.

Cette situation pose les questions :

- D'une part, de la mission et du champ d'intervention des acteurs de ville et de l'hôpital ;
- D'autre part, de l'organisation coordonnée et graduée de l'offre de soins.

Madame Nathalie DESTAIS
Cheffe de l'Inspection Générale
des Affaires Sociales (IGAS)
39 Quai André Citroën,
75015 PARIS CEDEX 15

...

Dans ce contexte, je souhaite que votre inspection mène une réflexion sur la pédiatrie afin de mieux garantir l'accessibilité, la qualité et la sécurité de ces soins dans tous les territoires.

Il s'agira d'identifier :

- Les principaux déterminants et facteurs explicatifs des difficultés actuellement rencontrées (manque de lisibilité des acteurs pour les parents, délais de prise en charge, prise en compte insuffisante de l'ensemble des besoins de l'enfant, méconnaissance et complexité des dispositifs d'accompagnement et de soutien des familles, rigidités du capacitaire hospitalier ...)
- Les leviers (notamment les innovations organisationnelles) et les incitations qui permettraient de mieux structurer et graduer l'offre de soins pour l'enfant, en accordant une attention particulière aux prises en charge non programmées et aux urgences ;
- Les moyens d'équilibrer les participations des différents acteurs et les formes de coopération possibles ;
- Les formations initiales et continues qu'il serait nécessaire de faire évoluer.

Vous tiendrez compte dans vos réflexions des réformes en cours (notamment réforme des autorisations d'activités de soins, réforme des études médicales) ainsi que des organisations régionales existantes ou en cours de mise en place ou d'expérimentation. Je souhaiterais que vous puissiez rendre un rapport sous 6 mois avec une restitution intermédiaire de vos premières pistes d'amélioration à 3 mois.

Vous associerez les sociétés savantes des conseils nationaux professionnels de pédiatrie et de chirurgie de l'enfant et de l'adolescent. Afin de faciliter les échanges, la présidente du CNP de pédiatrie pourra fournir un appui à la mission. Vous prendrez également l'attache de professionnels paramédicaux. Votre mission devra être conduite en lien étroit avec des professionnels médicaux hospitaliers et de ville fortement impliqués dans la santé de l'enfant.

Les services du ministère, notamment la direction générale de l'offre de soins, la direction générale de la santé, la direction de la sécurité sociale et la direction générale de la cohésion sociale, sont à votre disposition pour tout apport utile à la réalisation de votre mission.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de l'expression de ma considération distinguée.

Olivier VERAN

ANNEXE 1 : Panorama de la pédiatrie et de la chirurgie-pédiatrique

SOMMAIRE

1	LA PEDIATRIE.....	105
1.1	LA PEDIATRIE EVOLUE DE MANIERE TRES DIFFERENCIEE SELON LES MODES D'EXERCICE	105
1.1.1	<i>La France compte environ 8500 pédiatres en 2020, dont plus de la moitié exerce à l'hôpital</i>	105
1.1.2	<i>Le nombre de pédiatres a fortement progressé en 20 ans (+30 %), mais la densité de pédiatres en France reste faible par rapport à l'OCDE.....</i>	108
1.1.3	<i>La hausse des effectifs de pédiatres profite au secteur hospitalier, tandis que l'exercice libéral exclusif diminue nettement sur une période récente</i>	113
1.1.4	<i>La profession se féminise et rajeunit</i>	114
1.1.5	<i>La réforme du 3^{ème} cycle pour la pédiatrie reflète la spécialisation de la pédiatrie</i>	117
1.1.6	<i>L'attractivité de la pédiatrie décline</i>	119
1.2	DE FORTES INEGALITES GEOGRAPHIQUES CARACTERISENT LA REPARTITION DES PEDIATRES	120
1.2.1	<i>Tout mode d'exercice confondu, la répartition des pédiatres sur le territoire français est de plus en plus inégalitaire</i>	120
1.2.2	<i>Les inégalités de répartition sont particulièrement marquées pour les pédiatres libéraux</i>	124
1.2.3	<i>Les inégalités de répartition des pédiatres sur le territoire sont comparables à celles des autres médecins spécialistes</i>	128
1.3	LA PEDIATRIE LIBERALE TRAVERSE UNE CRISE DEMOGRAPHIQUE ET IDENTITAIRE	128
1.3.1	<i>La démographie très préoccupante de la pédiatrie libérale pose la question de l'égalité territoriale et sociale d'accès aux soins</i>	128
1.3.2	<i>Le mode d'exercice des pédiatres libéraux évolue moins vite que d'autres spécialités médicales</i>	131
1.3.3	<i>Une rémunération nettement plus faible que les autres spécialités médicales</i>	135
1.3.4	<i>La part des enfants suivis par les pédiatres en ville décline et se concentre sur les moins de deux ans</i>	136
1.3.5	<i>La pédiatrie libérale traverse une crise identitaire : son rôle est mal défini et son positionnement peu complémentaire par rapport aux autres acteurs médicaux</i>	139
1.4	LA PEDIATRIE A L'HOPITAL CONNAIT UNE CROISSANCE DYNAMIQUE DE SES EFFECTIFS MAIS CERTAINS SERVICES DE PEDIATRIE DE CENTRES HOSPITALIERS SONT PEU ATTRACTIFS.....	141
1.4.1	<i>La démographie des pédiatres exerçant à l'hôpital est dynamique</i>	141
1.4.2	<i>La pédiatrie hospitalière se spécialise en réponse au progrès technique, au développement des maladies chroniques et aux spécificités des maladies rares</i>	142
1.4.3	<i>Le nombre de séjours en hospitalisation complète des moins de 18 ans diminue mais les hospitalisations partielles augmentent</i>	147
1.4.4	<i>Les passages aux urgences des enfants augmentent de manière dynamique, sans être toujours justifiés... ..</i>	149
1.4.5	<i>L'attractivité de la pédiatrie hospitalière tend à diminuer, en particulier dans les centres hospitaliers, en raison du poids de la permanence des soins</i>	151
1.4.6	<i>La France compte 221 personnels hospitalo-universitaires de pédiatrie</i>	153
1.4.7	<i>L'activité de recherche en pédiatrie est dynamique</i>	155
2	LA CHIRURGIE PEDIATRIQUE.....	157
2.1	LA DEMOGRAPHIE DES CHIRURGIENS PEDIATRES EST DYNAMIQUE MAIS LEUR AGE MOYEN AUGMENTE	157
2.1.1	<i>Les effectifs de chirurgiens pédiatres progressent de manière dynamique (+36 % depuis 2012).....</i>	157
2.1.2	<i>La chirurgie-pédiatrique est majoritairement exercée à l'hôpital public.....</i>	157
2.1.3	<i>Les chirurgiens-pédiatres ont 49 ans en moyenne, et près de 50 % d'entre eux sont des femmes.....</i>	158
2.2	LES EFFECTIFS DE CHIRURGIENS-PEDIATRES EVOLUENT DE MANIERE CONTRASTEE SELON LES REGIONS	159

2.3	LES CHIRURGIENS-PEDIATRES TEMOIGNENT D'UNE PERTE D'ATTRACTIVITE DE LA SPECIALITE	160
2.3.1	<i>La réforme du 3^{ème} cycle et la filiarisation précoce auraient un impact défavorable sur la chirurgie pédiatrique</i>	<i>160</i>
2.3.2	<i>Les chirurgiens-pédiatres jugent que leurs conditions de travail se dégradent</i>	<i>161</i>
2.3.3	<i>La part d'activité de chirurgie pédiatrique réalisée en CHU augmente par rapport à celle des centres hospitaliers</i>	<i>162</i>

1 La pédiatrie

[313] Si la médecine de l'enfant est pratiquée depuis longtemps, la pédiatrie, en tant que spécialité médicale centrée sur l'enfant et l'adolescent, n'a été individualisée qu'en 1947. Elle n'est pas l'étude particulière d'un organe ou d'un système biologique, mais vise à assurer une prise en charge globale de l'enfant, dans son environnement affectif, scolaire et socio-culturel. Elle se caractérise par la diversité de son champ d'action : surveillance, prévention, dépistage ou repérage, conseils éducatifs ou prise en charge des maladies aiguës et chroniques ... de la naissance aux 18 ans.

[314] Au cours des dernières décennies le visage de la pédiatrie s'est totalement modifié du fait de l'identification croissante de maladies rares ou génétiques, de la prise en charge spécialisée de pathologies aiguës banales ou graves, de la prise en charge de pathologies complexes ou chroniques spécifiques à l'enfant, de la disparition de certaines maladies, et de l'allongement de la durée de vie pour d'autres. Cela s'est traduit par le développement de nombreuses surspécialités pédiatriques (néonatalogie, réanimation pédiatrique, neuropédiatrie, pneumo-pédiatrie, endocrino-pédiatrie,..), dont certaines font l'objet d'une qualification par une option depuis la réforme du 3ème cycle en 2017.

1.1 La pédiatrie évolue de manière très différenciée selon les modes d'exercice

1.1.1 La France compte environ 8500 pédiatres en 2020, dont plus de la moitié exerce à l'hôpital

[315] En 2020, 8543 pédiatres étaient en activité en France. 7 % d'entre eux (soit environ 600 pédiatres) étaient retraités mais en activité.

Tableau 10 : Effectifs de pédiatres en activité en 2020 selon l'Ordre des médecins

Salariés	5130
Exercice mixte ¹⁶⁵	790
Libéraux	1582
Ensemble des pédiatres en activité régulière	7502
Retraités en activité	611
Activité intermittente	429
Ensemble des pédiatres	8543

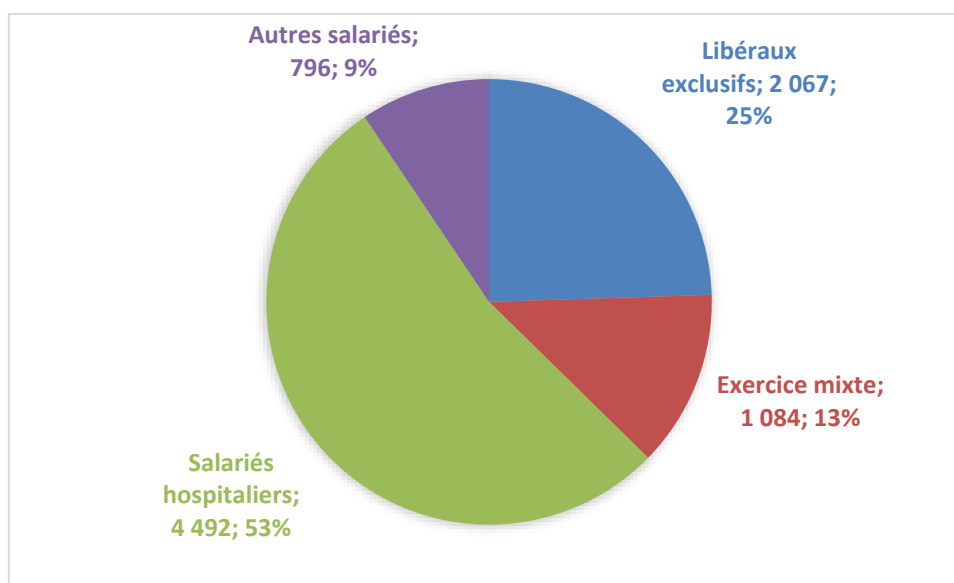
Source : Ordre des médecins

¹⁶⁵ On distingue l'exercice mixte qui est le fait d'exercer sous deux statuts (salarié et libéral) et l'exercice partagé qui est le fait d'exercer à plusieurs endroits.

[317] Les pédiatres exercent sous différents statuts¹⁶⁶ :

- 62 % des pédiatres sont exclusivement salariés, avec des lieux d'exercice qui peuvent varier :
 - Un peu plus de la moitié des pédiatres (53 %) exerce uniquement comme salarié en établissement hospitalier (très majoritairement à l'hôpital public, de manière moins développée dans des établissements privés, et très ponctuellement en centre de lutte contre le cancer) ;
 - 9 % des pédiatres sont référencés comme « autre salarié » : l'ensemble de leurs activités sont salariées, et au moins une de leur activité est exercée en dehors de l'hôpital. Ces pédiatres peuvent exercer exclusivement en tant que salarié en dehors de l'hôpital (PMI, centre de santé, établissements médico-sociaux...) ou en exercice partagé entre hôpital et structure extra-hospitalière ;
- Les pédiatres en exercice libéral exclusif, c'est-à-dire exerçant l'ensemble de leurs activités sous ce statut, représentent 1/4 des pédiatres ;
- Enfin, l'exercice mixte, qui concerne les professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale, est pratiqué par 13 % des pédiatres.

Graphique 6 : Répartition des pédiatres en activité en 2020 selon leur mode d'exercice



Source : DREES, RPPS

[318] Les données présentées ci-après retracent l'ensemble des activités exercées par les pédiatres. Si ce décompte permet d'identifier l'ensemble des lieux d'exercice des pédiatres (y compris les activités multiples d'un même pédiatre), il ne tient pas compte des temps de travail des pédiatres pour chaque activité.

¹⁶⁶ Les données présentées dans le tableau, qui émanent de l'ordre des médecins, diffèrent légèrement des données présentées après, qui sont issues de la DREES ; le total des pédiatres est très proche (8543 pour l'ordre des médecins, 8539 pour la DREES, mais les pédiatres sont répartis différemment (dans les données de la DREES, les remplaçants et les retraités ne sont pas isolés).

Tableau 11 : Activités des pédiatres en fonction du lieu d'exercice 2020

Secteur d'activité	Nombre de pédiatres exerçant cette activité
Hôpital public	5 258
Etablissement privé ESPIC	252
Etablissement privé lucratif	207
Autre établissement sanitaire	95
Centre de lutte contre le cancer	55
Etablissement hébergement réadaptation	7
Sous-total activités à l'hôpital	5874
Cabinet individuel	1 532
Cabinet de groupe	1 157
Société	136
Activités exercées par des remplaçants	883
Centre de santé	124
P.M.I Planification familiale	502
Médecine scolaire et établissement universitaire	25
Sous-total activités ambulatoires	4359
Etablissement pour le handicap	486
Etablissement aide à la famille	103
Etablissement protection enfance	31
Sous-total Secteur médico-social	620
Autres secteurs ¹⁶⁷	310
ENSEMBLE	11163

Lecture : Un pédiatre peut avoir une activité mixte (salarisée et libérale), et/ ou partagée (entre deux structures). Les deux activités apparaissent dans le tableau, ce qui explique que le total des activités soit supérieur au nombre de pédiatres.

Source : DREES

[319] Malgré cette limite, ces données mettent en lumière que :

- L'activité des pédiatres en établissement hospitalier est exercée très majoritairement à l'hôpital public (moins de 10 % d'activité en établissement privé lucratif ou non lucratif parmi les activités hospitalières) ;
- L'activité des pédiatres dans le secteur ambulatoire (c'est-à-dire en ville) est très majoritairement exercée en secteur libéral (à 85 %), mais aussi en PMI (502 pédiatres, soit 12 % de l'activité ambulatoire), et de manière plus marginale en centre de santé (124 pédiatres, 3 %) et en médecine scolaire ou universitaire (25 pédiatres, 1 %) ;
- L'activité des pédiatres en secteur médico-social représente 6 % de l'ensemble des activités des pédiatres (486), et se concentre principalement sur les établissements pour personnes handicapées (près de 80 % des activités en secteur médico-social).

¹⁶⁷ La ligne Autres secteurs regroupe : Collectivités territoriales (81), Secteur privé PH temps plein (39), Association et organisme humanitaire (32), Entreprises industrielles et tertiaires hors indus (27), Secteur non défini (19), Autre secteur d'activité (16), Ministère et services déconcentrés (14), Recherche (14), Fab. Exploit. Import. Méd. DM (12), Réseau de santé (12), Centre de transfusion sanguine (9), Etablissement d'enseignement (8), Médecine du travail (7), Organisme de Sécurité sociale (5), Etablissement personnes âgées (4), Assurances privées (4), Etablissement de soins et prévention (3), Autres structures du SSA (2), Centre de dialyse (1), Com/Marketing/Consulting/Media (1)

1.1.2 Le nombre de pédiatres a fortement progressé en 20 ans (+30 %), mais la densité de pédiatres en France reste faible par rapport à l’OCDE

[320] Dans cette partie, sauf mention contraire, l’analyse porte sur l’ensemble des pédiatres en activité, y compris les pédiatres en activité intermittente et les retraités ayant conservé une activité.

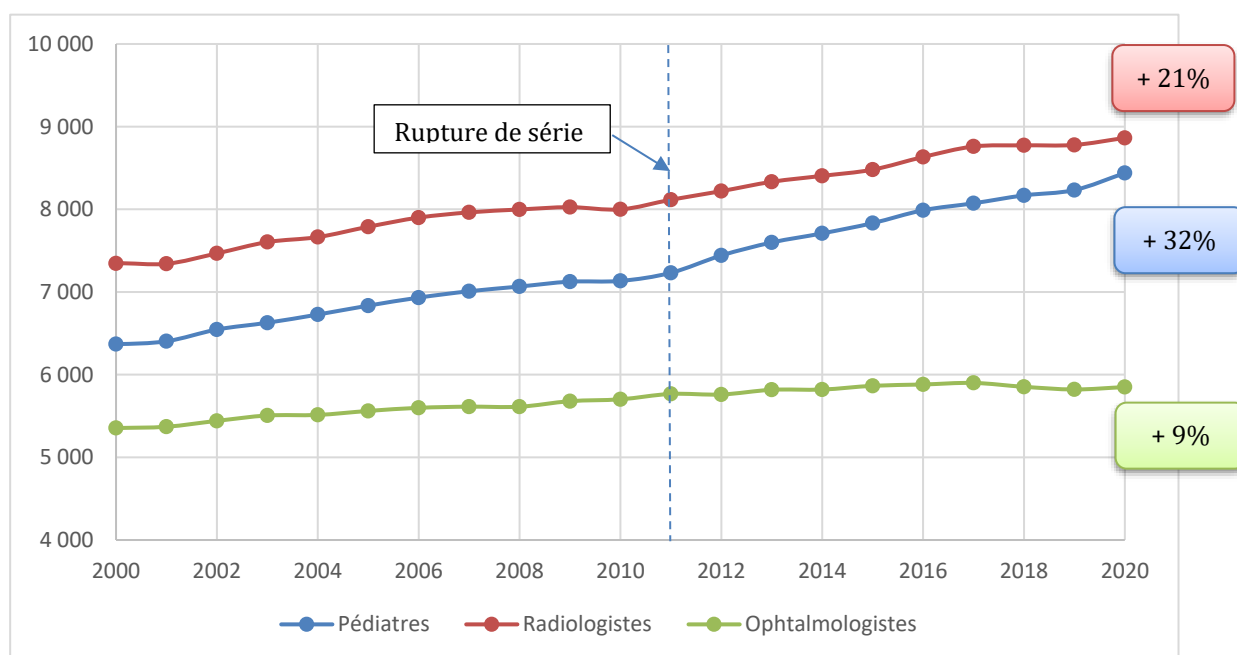
1.1.2.1 Une croissance démographique plus importante que d’autres spécialités médicales

[321] Le nombre de pédiatres est en hausse sur les dernières décennies : il a progressé de 32 % depuis 1999 (on comptait alors 6381 pédiatres), soit une croissance d’1 % par an.

[322] Si l’on rapporte les effectifs de pédiatres à la population d’enfants, la hausse est également régulière sur les 20 dernières années : en 1999, on comptait 57,5 pédiatres pour 100 000 enfants de moins de 15 ans ; en 2010, le ratio s’élevait à 61,8, puis à 73,9 en 2020.

[323] La hausse du nombre de pédiatres est plus importante que celle d’autres spécialités médicales à effectifs comparables, tels que les ophtalmologues et les radiologues, comme en atteste le graphique ci-dessous.

Graphique 7 : Evolution de la démographie des pédiatres, des radiologues et des ophtalmologues entre 2000 et 2020



Source : DREES

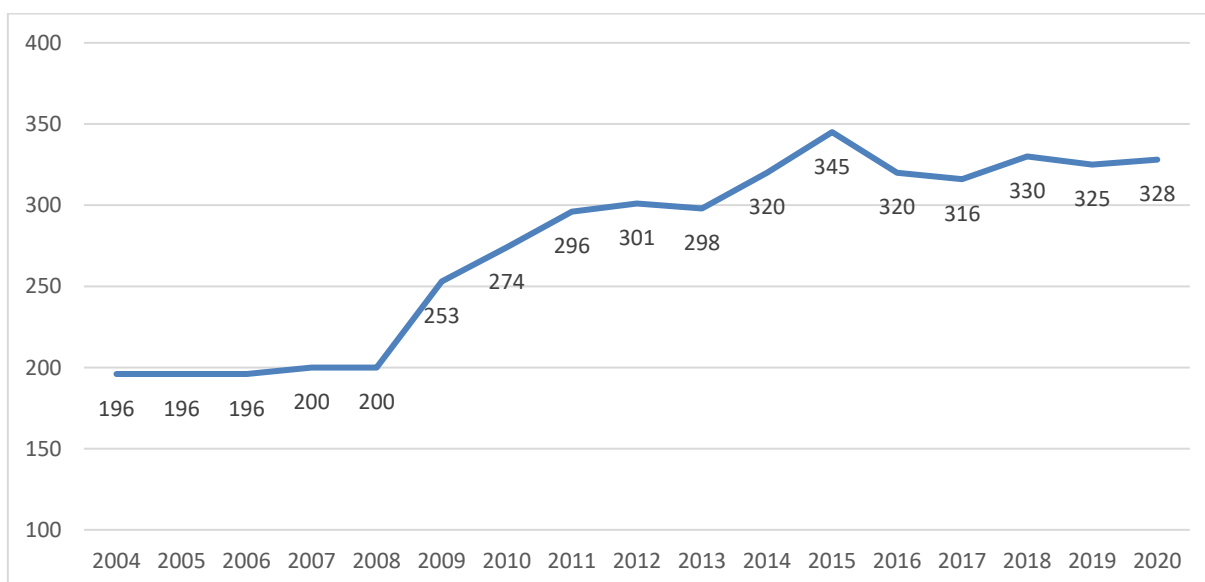
[324] Toutefois, le constat d'une hausse des effectifs de pédiatres ne tient pas compte de l'évolution du temps de travail des médecins. En effet, le temps de travail est actuellement plus faible pour les nouvelles générations et pour les médecins en fin de carrière. La féminisation et le renouvellement des générations de la population conduisent donc à diminuer l'offre médicale, pour un même nombre de médecins¹⁶⁸. L'offre médicale (en temps médical) n'évolue donc pas de manière aussi dynamique que les effectifs, sans que son évolution ne soit mesurée.

1.1.2.2 Une croissance démographique alimentée par l'installation des praticiens étrangers, des cessations d'activité plus tardives et la hausse du nombre des internes en pédiatrie

[325] La croissance démographique de la profession est alimentée par quatre facteurs.

(i) **La hausse du nombre d'internes en pédiatrie** est très nette entre 2008 et 2015, puis se stabilise à un niveau élevé ensuite, comme l'illustre le graphique ci-après.

Graphique 8 : Evolution du nombre de postes offerts aux ECN en pédiatrie entre 20014 et 2020



Source : JORF et site medshake

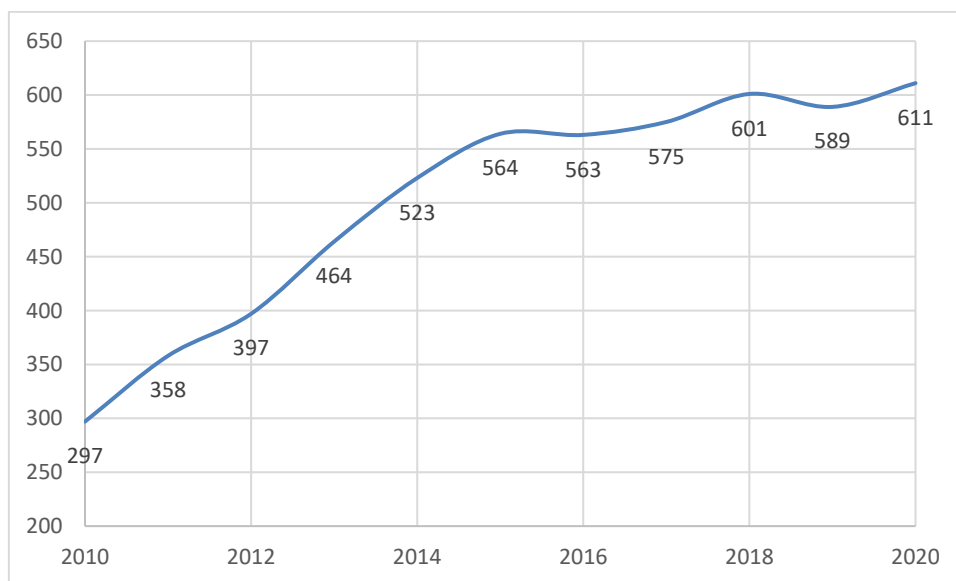
[326] Entre 2006 et 2020, le nombre de médecins formés à la spécialité de pédiatrie a progressé de 67 %, alors que le numerus clausus augmentait de 74 % sur la même période. La proportion des pédiatres représente 4 % de l'ensemble des médecins formés, et celle-ci est relativement stable depuis 2006¹⁶⁹.

(ii) **La cessation d'activité plus tardive** des pédiatres s'explique à la fois par la hausse de leur âge du départ à la retraite (comme pour l'ensemble de la population), et par la forte progression du cumul emploi-retraite.

¹⁶⁸ « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », Etudes et résultats n°1011, DREES, 2017

¹⁶⁹ Elle oscille entre 3,9% et 4,1% selon les années, à l'exception de l'année 2007 (3,7%), 2008 (3,5%) et 2013 (3,8%).

Graphique 9 : Evolution du nombre de pédiatres retraités ayant conservé une activité entre 2010 et 2020



Source : *Ordre des médecins*

[327] D'après l'Ordre des médecins, les retraités ayant conservé une activité représentaient 4,1 % des pédiatres en activité en 2010, contre 7,2 % en 2020¹⁷⁰.

(iii) **Les pédiatres diplômés à l'étranger** représentaient 19 % des pédiatres inscrits à l'Ordre en 2015. Cela constituait alors une proportion plus faible que la moyenne des médecins diplômés à l'étranger pour les spécialistes (30 %) ¹⁷¹. Le nombre de pédiatres étrangers s'installant en France est en baisse depuis 2014 : en 2019, 62 pédiatres étrangers se sont installés, tandis qu'ils étaient 117 en 2014. Environ 2/3 des pédiatres diplômés à l'étranger exerce en tant que salarié ¹⁷².

(iv) Enfin, les médecins peuvent également obtenir la qualification de pédiatrie par le biais d'une commission du conseil de l'ordre – c'est notamment le cas des médecins généralistes, qui sont toutefois peu nombreux à se voir reconnaître la spécialité de pédiatre par ce biais (en moyenne 14 par an entre 2010 et 2019).

1.1.2.3 L'augmentation du nombre des pédiatres devrait s'accélérer dans les années à venir

[328] Les données présentées ici doivent être interprétées avec prudence, les hypothèses sur lesquelles sont fondées ces exercices de projection (maintien des comportements et de la législation) étant susceptibles d'évoluer significativement.

¹⁷⁰ La hausse du nombre de médecins bénéficiaires du cumul emploi-retraite est très nette depuis la suppression en 2009 du plafond de revenu autorisé dans le cadre du cumul.

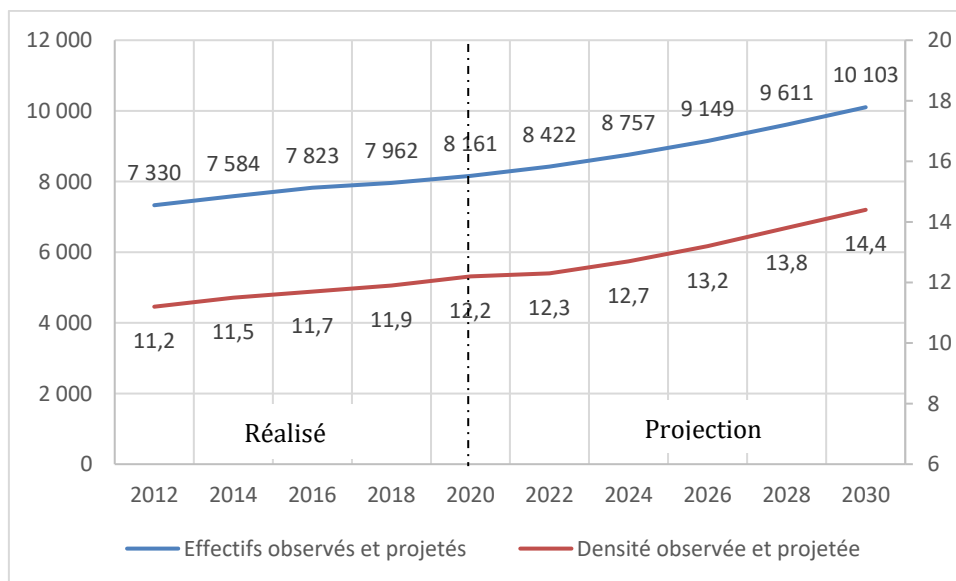
¹⁷¹ « Médecine spécialisée et second recours : dossier statistique de la DREES », Avis « Organiser la médecine spécialisée et le second recours : un chantier prioritaire », 2017, haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

¹⁷² D'après l'ordre des médecins, en 2014, 66% des diplômés d'un pays européen exerçaient en tant que salarié, 24% en libéral, et 10% en exercice mixte ; pour les diplômés extra-européens, ces proportions élèvent respectivement à 66%, 20% et 15%. Source : « Les flux migratoires et trajectoires des médecins – situation en 2014 », Conseil national de l'ordre des médecins, 2014

[329] D'après les projections de la DREES¹⁷³, les effectifs de pédiatres devraient progresser de 2 % par an dans les deux prochaines décennies, soit une évolution plus favorable que celle de l'ensemble des médecins (de l'ordre de 1 % par an).

[330] Sur la période récente (2013-2020), la croissance des effectifs s'est élevée à 1,8 % par an. Celle-ci devrait s'accroître, et croître jusqu' à 2 % par an en 2024, puis progresser encore jusqu'à atteindre 2,5 % de croissance annuelle en 2030. Les projections de courbes d'effectifs et de densité jusqu'en 2030 sont présentées ci-après.

Graphique 10 : Effectifs et densité de pédiatres en France : réalisé depuis 2012 et projections à 10 ans



Source : ONDPS : données RPPS 2020, projection DREES 2016 ; France entière

La courbe d'effectifs se rattache à l'échelle à gauche du graphique, tandis que la courbe de densité se rattache à l'échelle de droite. La densité de pédiatres est calculée pour 100 000 habitants.

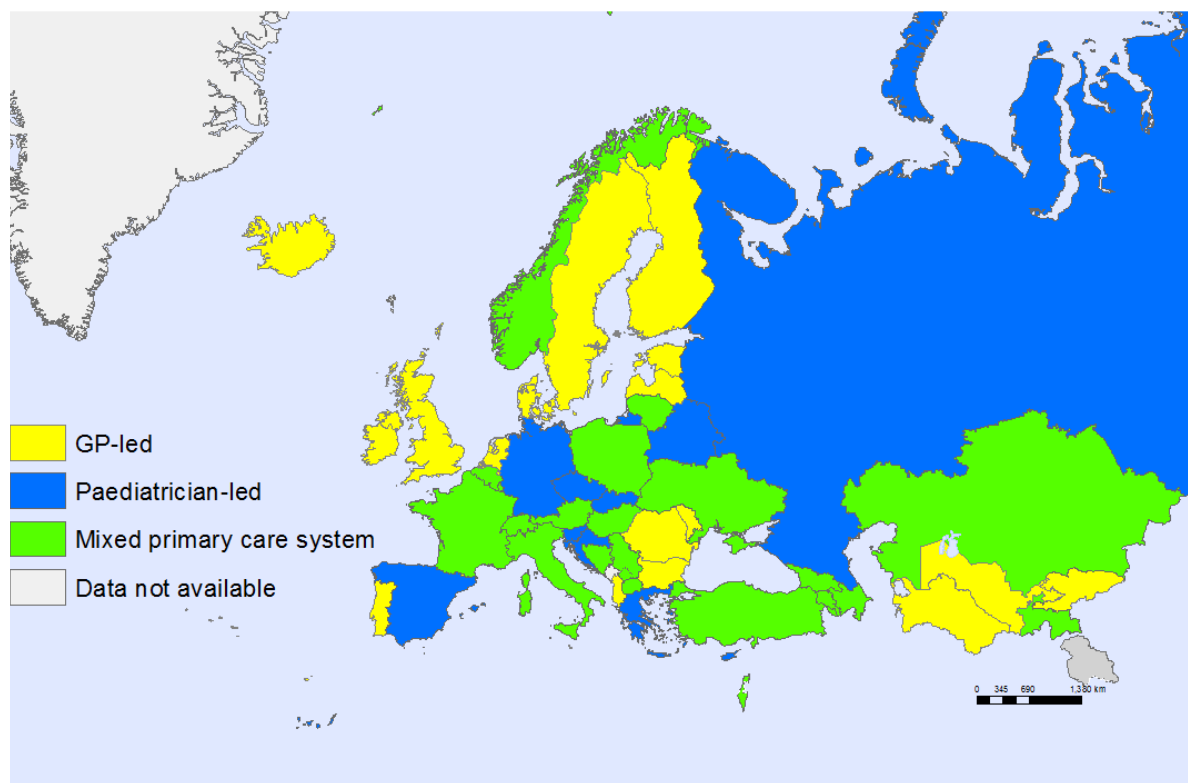
1.1.2.4 Toutefois, la France demeure peu dotée en pédiatres par rapport aux pays de l'OCDE

[331] Malgré la dynamique de croissance évoquée précédemment, la France reste peu dotée en pédiatres en comparaison avec les pays de l'OCDE : la densité de pédiatres par rapport à la population est la 22^{ème} sur 31 pays, avec une densité presque quatre fois inférieure à la Grèce (pays le plus dense en pédiatres).

[332] Cette comparaison comporte des limites, car les variations entre pays s'expliquent en partie par l'existence de différents systèmes de soins.

¹⁷³ Données publiées en 2017, liées à l'Etudes et Résultats n°1011

Carte 2 : Classification des pays européens selon leur système de prise en charge des enfants en premier recours



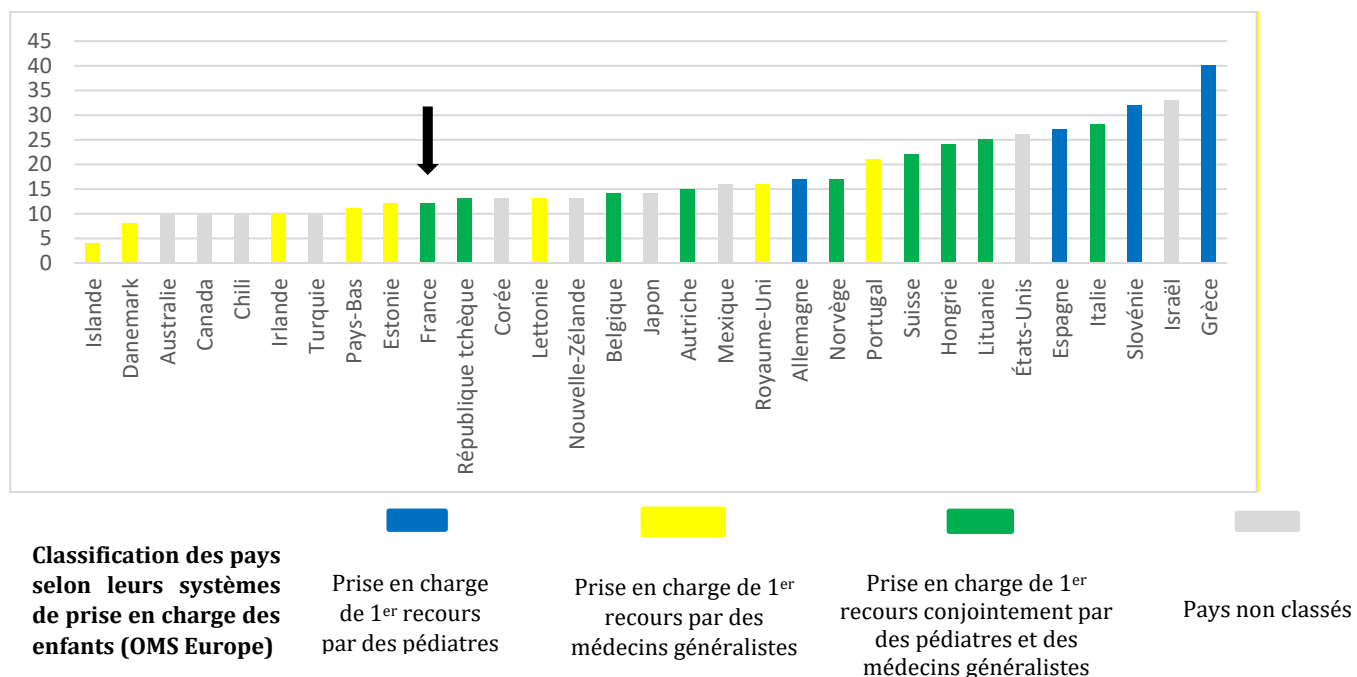
Source : OMS Europe, rapport *Situation of child and adolescent health in Europe 2018*

[333] L'OMS distingue ainsi trois systèmes de prise en charge des enfants :

- Des pays où la prise en charge des enfants en premier recours est assurée par des pédiatres (en bleu sur la carte ci-dessus) – dans ces pays (tels que la Grèce, l'Espagne ou l'Allemagne), la densité de pédiatres est élevée ;
- Des pays où la prise en charge des enfants en ville est assurée par des médecins généralistes (en jaune) : c'est le cas notamment de l'Irlande, de la Suède, des Pays-Bas, où la densité de pédiatres est en général plus faible ;
- Des pays où la prise en charge des enfants en premier recours est conjointement assurée par des pédiatres et des médecins généralistes (en vert), comme en France, l'Italie, la Hongrie, la Lituanie, l'Autriche, la Norvège et la Belgique.

[334] Si l'on compare la densité de pédiatres en France avec les pays avec un système similaire, la densité de pédiatres en France est la plus faible, comme en témoigne le graphique ci-après.

Graphique 11 : Nombre de pédiatres pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE en 2018, selon le système de soins pédiatriques



Source : Données de densités issues de l'OCDE ; classification des systèmes pédiatriques par l'OMS Europe (rapport Situation of child and adolescent health in Europe 2018)

[335] D'après l'OMS, les pédiatres des pays européens se répartissent ainsi :

- 41 % de pédiatres de soins primaires ;
- 56 % de pédiatres hospitaliers ;
- 3 % d'autres types de pédiatres (par exemple, les pédiatres dans les services de santé publique).

[336] Par ailleurs, la proportion moyenne de surspécialistes est de 27 %. Les pays disposant d'un système de médecin généraliste ont le pourcentage le plus élevé de pédiatres hospitaliers (90 %) et de surspécialistes (31 %).

[337] Enfin, en moyenne à l'échelle européenne, 17 % des pédiatres travaillent à temps partiel, et 71 % sont des femmes (76 % pour les pédiatres en formation).

1.1.3 La hausse des effectifs de pédiatres profite au secteur hospitalier, tandis que l'exercice libéral exclusif diminue nettement sur une période récente

[338] La hausse du nombre de pédiatres masque de forts contrastes selon les modes d'exercice. En effet, si les pédiatres du secteur hospitalier ont fortement augmenté (+80 % entre 1999 et 2020, soit 2,1 % par an), l'exercice en secteur libéral ou mixte n'a augmenté que de 5 % sur la même période (soit une hausse de 0,2 % par an). Sur une période plus récente (2012-2020), on constate même une diminution marquée du nombre de pédiatres exerçant à titre exclusif en libéral, qui a chuté de 15 % (soit une baisse de 3 % par an). A l'inverse, sur la même période l'exercice mixte est en forte hausse (+80 %).

[339] Enfin, le nombre de pédiatres exerçant à titre salarié en dehors de l'hôpital, ce qui recouvre notamment les pédiatres en PMI, la médecine scolaire et l'exercice en médico-social, diminue depuis 1999 (-9 % entre 1999 et 2018). Les effectifs de cette catégorie ont diminué régulièrement jusqu'en 2018, mais augmentent depuis.

[340] En conséquence, les pédiatres exercent de plus en plus à l'hôpital : 39 % d'entre eux y exerçaient en 1999, contre 53 % en 2020.

Tableau 12 : Evolution du nombre de pédiatres selon le mode d'exercice

	1999	2012	2020 ¹⁷⁴	Evolution entre 2012 et 2020	Evolution entre 1999 et 2020
<i>Libéraux exclusifs</i>		2 439	2 067	-15 %	
<i>Mixtes</i>		607	1 084	79 %	
Libéraux ou mixtes	3015	3046	3151	3 %	5 %
Salariés hospitaliers	2490	3 572	4 492	26 %	80 %
Autres salariés	877	824	796	-3 %	-9 %
Nombre total de pédiatres	6381	7 442	8 439	13 %	32 %

Source : Données DREES issues du RPPS pour 2012 et 2020, et du répertoire Adeli pour 1999

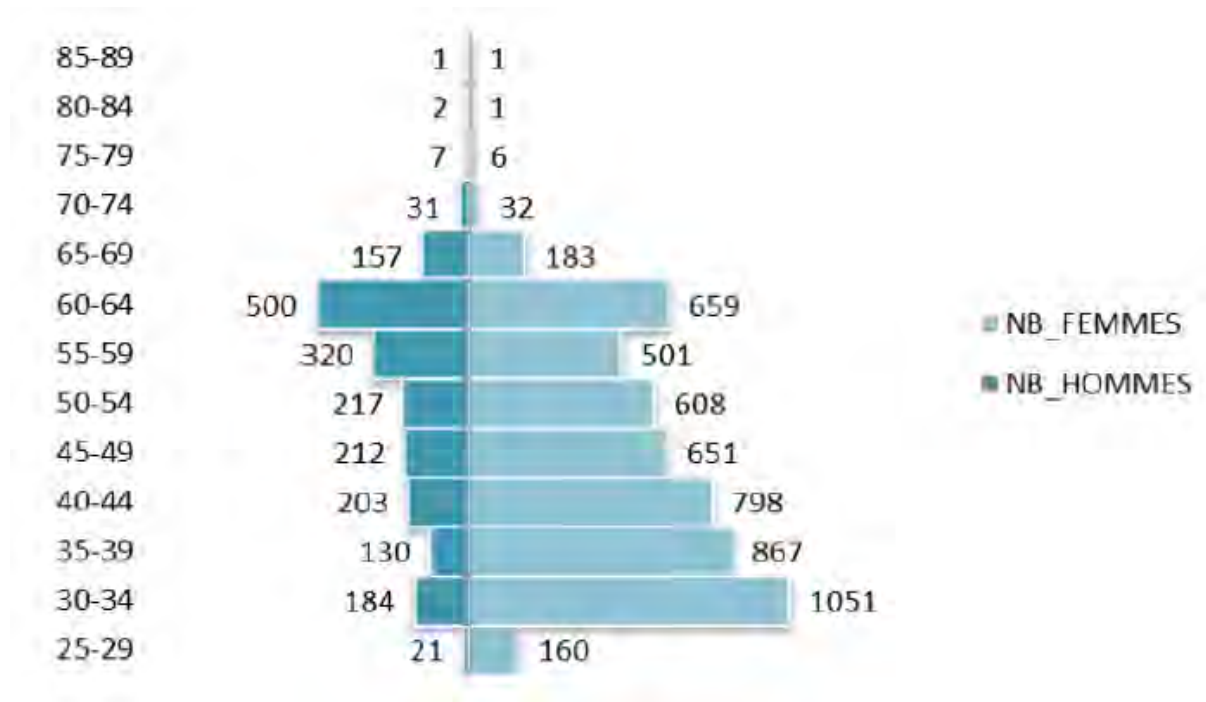
1.1.4 La profession se féminise et rajeunit

[341] En 2020, 71 % des pédiatres sont des femmes, contre 63 % en 2012. La profession est sensiblement plus féminisée que la moyenne des médecins (47 % de femmes en 2020). Parmi les pédiatres de moins de 35 ans, 86 % sont des femmes (celles-ci représentent 63 % des médecins de cette tranche d'âge).

[342] La féminisation très nette de la profession est illustrée par le graphique ci-dessous.

¹⁷⁴ Pour l'année 2020, les données présentées dans ce tableau, qui émanent de la DREES, diffèrent légèrement des données présentées en début de rapport (tableau n°1), qui proviennent de l'Ordre des médecins ; le total des pédiatres est très proche (8543 pour l'ordre des médecins, 8539 pour la DREES, mais les pédiatres sont répartis différemment (dans les données de la DREES, les remplaçants et les retraités ne sont pas isolés).

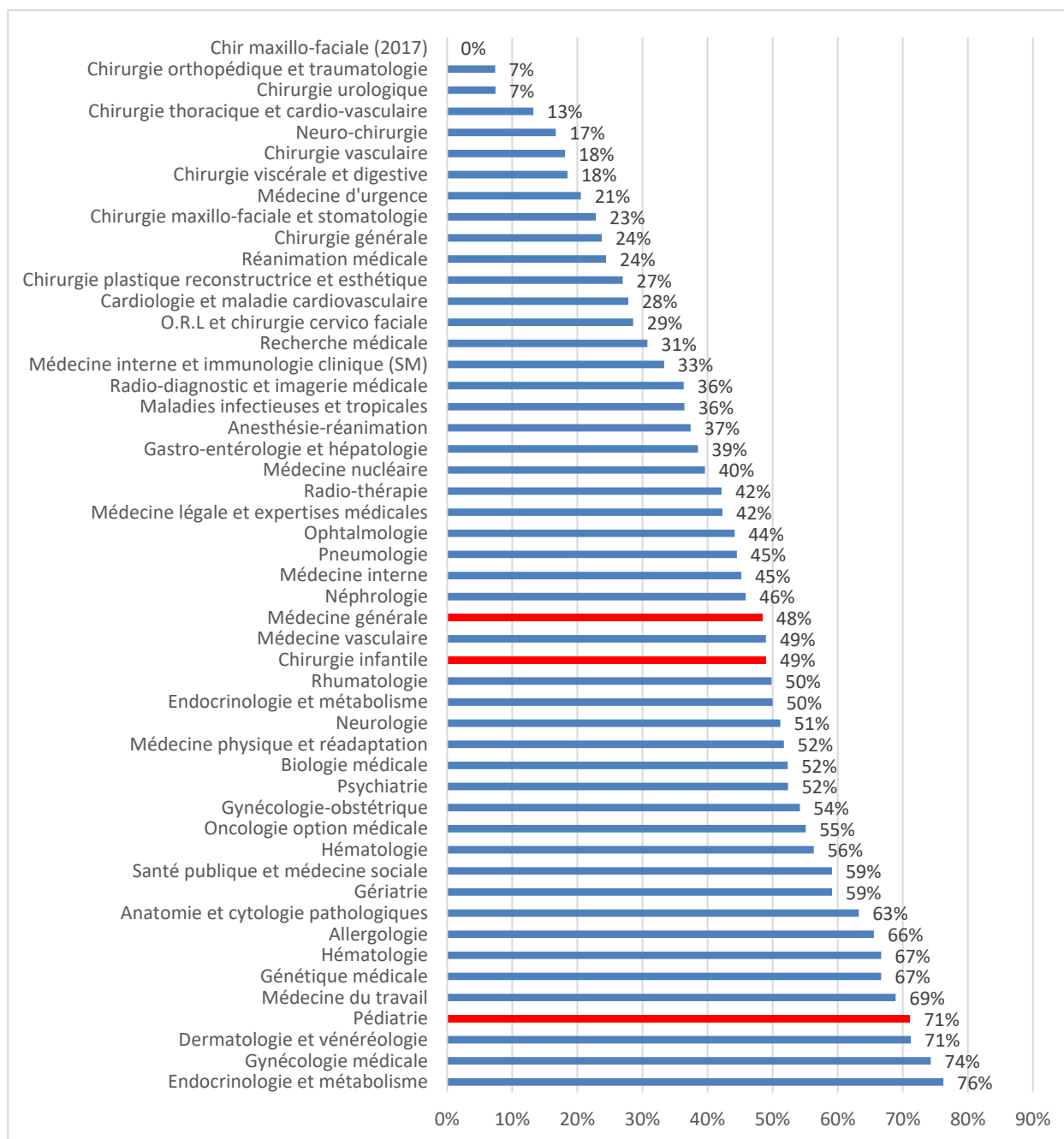
Graphique 12 : Pyramide des âges des pédiatres en activité régulière en France en 2020



Source : *Ordre des médecins*

[343] La spécialité de pédiatrie est la 4^{ème} spécialité la plus féminisée (sur 50 spécialités).

Graphique 13 : Part des femmes parmi les spécialités médicales en 2020, par spécialité

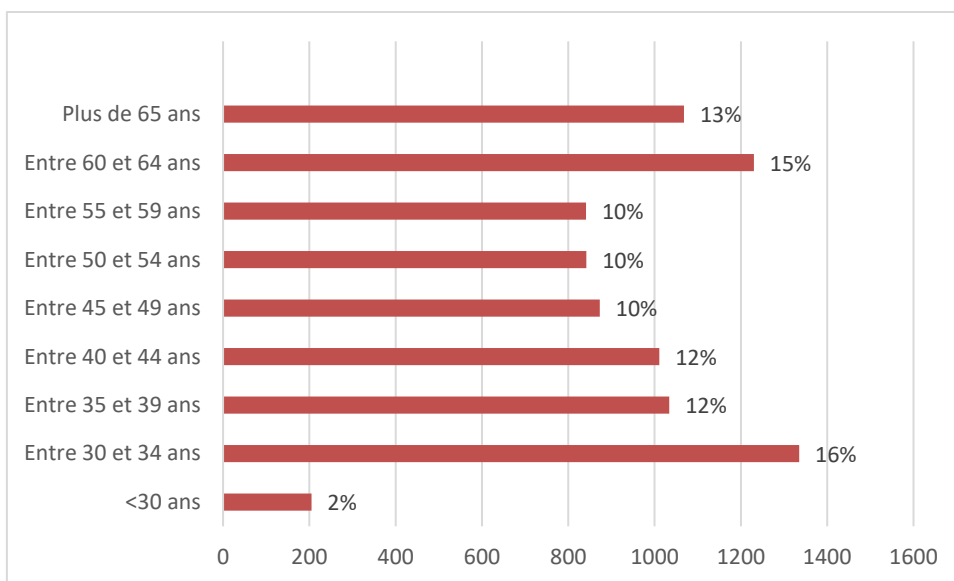


Source : DREES

[344] Les pédiatres sont âgés en moyenne de 48,9 ans (contre 50,7 ans pour les spécialistes en moyenne et 51,1 ans pour les médecins généralistes). L'âge moyen des pédiatres diminue, en raison de la hausse notable du nombre de pédiatres formés (cf 1.1.2.2) ; ainsi, en 2012, celui-ci s'élevait à 50,1 ans.

[345] Cependant, la part des plus de 60 ans est élevée, puisqu'elle représente 27 % des pédiatres (contre 31 % pour l'ensemble des médecins). Le graphique ci-dessous met en lumière le creux démographique correspondant à l'abaissement du numerus clausus dans les années 1980 et 1990, avant sa remontée à partir des années 2000.

Graphique 14 : Pyramide des âges des pédiatres par tranches d'âge en 2020 (tout mode d'exercice)



Source : DREES

[346] Là encore, la situation est très différenciée selon les modes d'exercice, l'âge moyen s'élevant à :

- 54,3 ans pour les pédiatres libéraux (en exercice exclusif) ;
- 57,5 ans pour les « autres salariés » ;
- 44,7 pour les pédiatres hospitaliers ;
- 49,7 ans pour l'exercice mixte.

[347] Ainsi les jeunes générations, plus nombreuses, exercent en premier lieu à l'hôpital, ou en exercice mixte.

1.1.5 La réforme du 3^{ème} cycle pour la pédiatrie reflète la spécialisation de la pédiatrie

[348] Au cours des dernières décennies le visage de la pédiatrie s'est totalement modifié du fait de l'identification croissante de maladies rares ou génétiques, de la prise en charge spécialisée de pathologies aiguës banales ou graves et de la prise en charge de pathologies complexes ou chroniques spécifiques à l'enfant¹⁷⁵. L'Académie américaine de pédiatrie a récemment classé parmi les progrès majeurs en pédiatrie la prévention des maladies infectieuses avec la vaccination, la guérison de cancers de l'enfant, les progrès considérables dans la prise en charge des enfants prématurés, ou encore l'augmentation de l'espérance de vie des enfants souffrant de maladies chroniques. Ces progrès n'ont pu être obtenus que grâce au développement d'expertises pédiatriques dans les différents domaines concernés.

¹⁷⁵ Prématurité et malformations congénitales, cardiopathies congénitales, leucémies et cancers, troubles du développement ou épilepsie, maladies métaboliques, handicap de l'enfant, néphropathies et insuffisance rénale hémodialysée, malformations digestives ou maladies inflammatoires chroniques intestinales en nutrition parentérale exclusive ou entérale complexe, maladies endocriniennes congénitales ou diabète de l'enfant, malformations pulmonaires ou pathologies chroniques comme la mucoviscidose et asthme, etc.

[349] En 2017, le cursus de formation de 3^{ème} cycle été adapté à cette forte évolution de la discipline, dans le cadre de la réforme du troisième cycle des études médicales en 2017. Conformément aux recommandations européennes, le diplôme d'études spécialisées de pédiatrie est désormais obtenu à l'issue de cinq années d'études (contre quatre auparavant), dont la structure est décrite dans le tableau qui suit. La création d'options et de formations spécialisées transversales (FST) permet aussi une meilleure identification des surspécialités et une meilleure formation pratique.

Tableau 13 : Déroulé du 3^{ème} cycle de médecine pour les pédiatres

Phase socle	Phase d'approfondissement	Phase de consolidation	Options Correspond à 1 an de formation intégrée dans le DES	FST (formation spécialisée transversale) Correspond à 1 an de formation intégrée dans le DES
<p>1 an (2 semestres)</p> <p>2 en pédiatrie de préférence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pédiatrie générale - UP - néonatalogie 	<p>3 ans (6 semestres)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 pédiatrie générale - 1 néonatalogie - 1 UP ou réanimation pédiatrique ou SMUR ; - 1 de prise en charge des troubles développement et croissance (neurologie, endocrinologie, gastro-entérologie, troubles des apprentissages, médecine de l'adolescent) ; - 2 libres (dont un pouvant être exercé en ambulatoire). 	<p>1 an</p> <p>(un an ou deux semestres)</p>	<p>4 options</p> <ul style="list-style-type: none"> - néonatalogie, - neuropédiatrie, - pneumopédiatrie - réanimation pédiatrique 	<p>11 FST</p> <ul style="list-style-type: none"> - cardiologie pédiatrique et congénitale - cancérologie - douleur - maladies allergiques - médecine du sport - médecine scolaire - nutrition appliquée - pharmacologie médicale / thérapeutique - soins palliatifs - sommeil - urgences pédiatriques

Source : Réglementation ¹⁷⁶

Légende : UP : Urgences pédiatriques

[350] Il est encore trop tôt pour tirer un bilan quantitatif précis de la création récente de ces options et FST. Toutefois, de premières données (parcellaires) transmises par l'observatoire national de la démographie des professions de santé¹⁷⁷ indiquent que les options de néonatalogie, neuropédiatrie et pneumopédiatrie semblent choisies par de nombreux étudiants, tout comme les FST Urgences pédiatriques et cardiologie pédiatrique. A l'inverse, l'option réanimation pédiatrique et la FST Médecine scolaire semblent moins plébiscitées par les étudiants.

[351] L'allongement de la durée du cursus avec la création d'options et de FST reflètent la spécialisation croissante de la discipline pour répondre aux besoins de santé des enfants. Ce mouvement n'est pas propre à la pédiatrie, et concerne l'ensemble des spécialités médicales. Ainsi, le haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), dans son avis de 2017 sur la médecine spécialisée¹⁷⁸, décrit la spécialisation du champ médical comme conséquence des progrès scientifiques et technologiques. Le nombre de spécialités structurées par le milieu universitaire et reconnues par l'Ordre des médecins n'a cessé d'augmenter, dessinant un exercice médical de plus en plus fragmenté (44 spécialités sanctionnées par un DES depuis la réforme de 2017).

¹⁷⁶ Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine ; arrêté du 13 février 2020 modifiant l'arrêté du 21 avril 2017

¹⁷⁷ Ces données sont issues d'une enquête auprès des facultés, dont le taux de réponse n'est pas exhaustif, 30% des UFR n'ayant pas répondu à l'enquête.

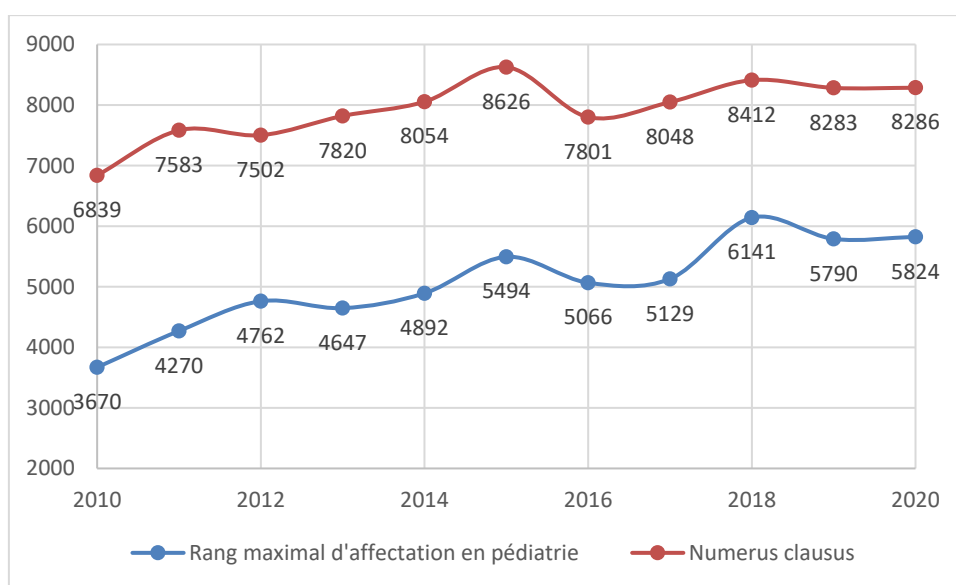
¹⁷⁸ « Organiser la médecine spécialisée et le second recours : un chantier prioritaire », haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, avis du 22 juin 2017

1.1.6 L'attractivité de la pédiatrie décline

[352] La pédiatrie est une spécialité relativement attractive. En effet, tous les postes ouverts en pédiatrie à l'issue des examens classant nationaux (ECN) ont été pourvus ces dernières années. Selon la DREES, la pédiatrie était la 18^{ème} spécialité la plus attractive sur 30 spécialités en 2014¹⁷⁹, ce qui la situait dans la moitié des spécialités les moins attractives.

[353] Or l'attractivité de la pédiatrie décline auprès des étudiants, comme en atteste l'augmentation du rang maximal d'affectation depuis 2010. En 2010, l'ensemble des postes était pourvu à la moitié du classement (le dernier étudiant choisissant la spécialité de pédiatrie était classé 3670 sur 6839 postes, soit un positionnement à 54 % du classement) ; en 2020, le dernier étudiant était positionné à 71 % du classement (5824 sur 8236).

Graphique 15 : Rang maximal du choix de la spécialité de pédiatrie à l'issue des ECN et numerus clausus entre 2010 et 2020



Source : Medshake.net

[354] Selon les interlocuteurs de la mission, cette attractivité déclinante s'explique par la durée longue (5 ans) et la densité de l'internat de pédiatrie, par la charge élevée de permanence des soins et de continuité des soins (liées aux gardes dans les maternités et au sein des urgences pédiatriques), et par la faible attractivité de l'exercice libéral en pédiatrie (notamment en termes de rémunération) – (voir 1.3).

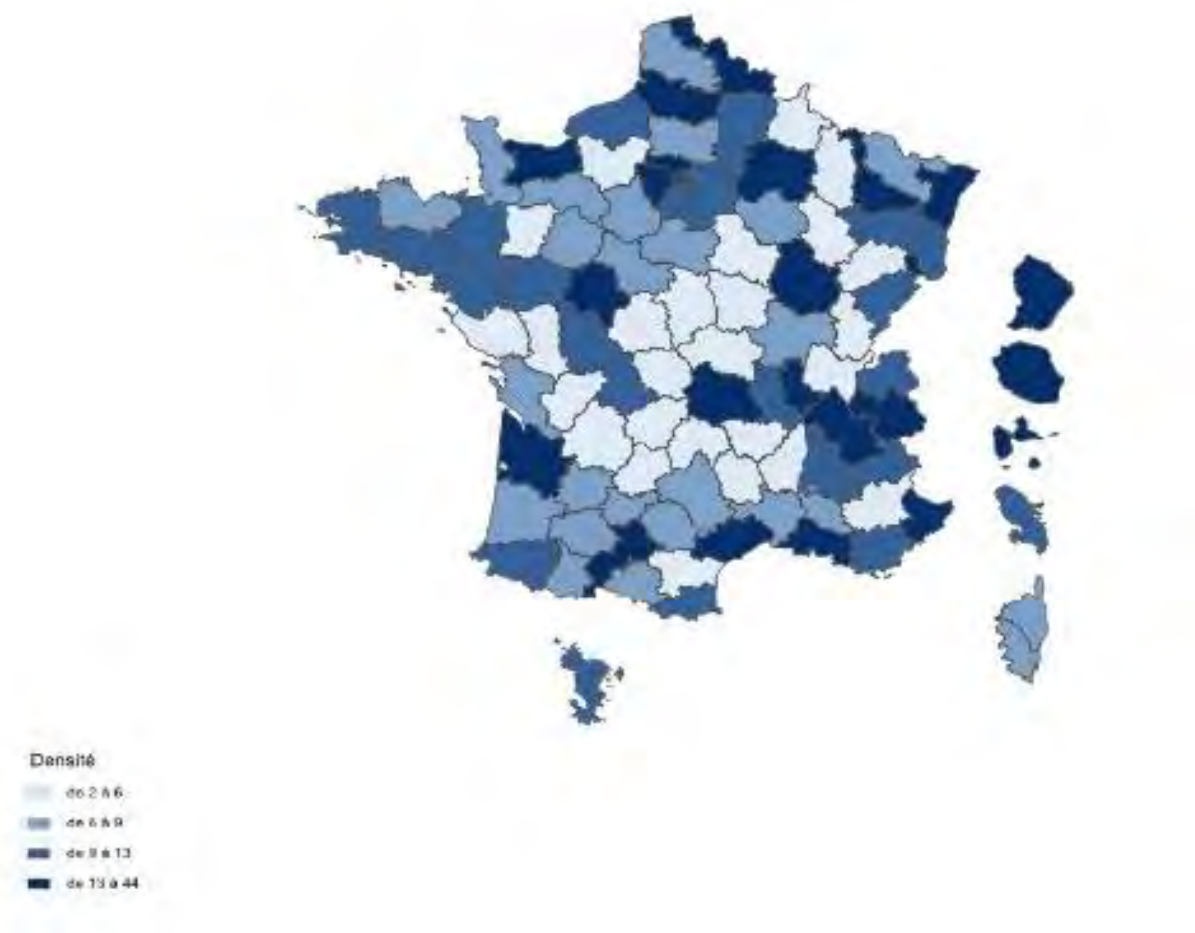
¹⁷⁹ « 7860 étudiants en médecine affectés à l'issue des épreuves classantes nationales en 2014 », DREES, Etudes et résultats n°937, 2015

1.2 De fortes inégalités géographiques caractérisent la répartition des pédiatres

1.2.1 Tout mode d'exercice confondu, la répartition des pédiatres sur le territoire français est de plus en plus inégalitaire

[355] En 2020, la France compte 12,6 pédiatres hospitaliers et libéraux pour 100 000 habitants. Cette densité moyenne masque cependant des disparités importantes selon les départements, comme l'illustre la carte présentée ci-après.

Carte 3 : Densité de pédiatres pour 100 000 habitants en 2020, par département



Source : Données DREES, mise en forme IGAS

[356] Le détail des densités par département, ainsi que les effectifs de pédiatres sont présentés dans le graphique et le tableau figurant dans les pages suivantes¹⁸⁰.

[357] Les dix départements avec les plus faibles densités de pédiatres pour 100 000 habitants sont la Haute-Loire (2,2), l'Eure, l'Indre, la Vendée, l'Ain, la Nièvre, le Cantal, la Mayenne, la Haute-Saône et la Creuse (4,3).

¹⁸⁰ Le tableau présente les données de l'ensemble des pédiatres, y compris les remplaçants et les retraités en activité, alors que la carte représente les densités des pédiatres en activité régulière (hors remplaçants et retraités).

[358] A l'inverse, Paris est, de loin, le département le plus densément pourvu en pédiatres, avec une densité de 44,29 pédiatres hospitaliers et libéraux pour 100 000 habitants. Les Hauts-de Seine (21,5), le Val de Marne, le Rhône, la Réunion, les Bouches du Rhône, l'Indre-et-Loire, la Meurthe-et-Moselle, l'Hérault et les Alpes Maritimes (16,5) figurent aussi parmi les 10 départements aux densités les plus élevées en 2020.

Tableau 14 : Densité et effectifs des pédiatres salariés et libéraux en activité, par département, en 2012 et 2020

	Densité 2012	Densité 2020	Effectifs 2012	Effectifs 2020	Evolution effectifs 2012 / 2020		Densité 2012	Densité 2020	Effectifs 2012	Effectifs 2020	Evolution effectifs 2012 / 2020
National	11,8	12,60	7 442	8 439	13 %	Corse-du-Sud	6,17	8,09	9	13	44 %
Ain	5,3	3,37	32	22	-31 %	Haute-Corse	5,93	6,64	10	12	20 %
Aisne	10,53	8,69	57	46	-19 %	Gard	8,21	8,30	59	62	5 %
Allier	4,38	5,39	15	18	20 %	Haute-Garonne	16,11	16,28	203	226	11 %
Alpes-de-Haute-Provence	4,97	5,46	8	9	13 %	Gers	5,29	6,83	10	13	30 %
						Gironde	11,14	13,29	163	215	32 %
Hautes-Alpes	11,54	11,30	16	16	0 %	Hérault	14,88	16,98	158	198	25 %
Alpes-Maritimes	14,43	16,47	156	178	14 %	Ille-et-Vilaine	11,94	12,09	119	130	9 %
Ardèche	6,93	6,13	22	20	-9 %	Indre	2,17	2,74	5	6	20 %
Ardennes	5,3	5,97	15	16	7 %	Indre-et-Loire	16,17	18,16	96	110	15 %
Ariège	5,25	7,86	8	12	50 %	Isère	10,7	12,98	130	164	26 %
Aube	5,26	6,45	16	20	25 %	Jura	4,98	5,03	13	13	0 %
Aude	7,22	5,92	26	22	-15 %	Landes	5,67	7,31	22	30	36 %
Aveyron	5,08	6,82	14	19	36 %	Loir-et-Cher	6,34	6,38	21	21	0 %
Bouches-du-Rhône	16,65	18,51	329	376	14 %	Loire	10,15	11,12	76	85	12 %
Calvados	12,55	14,30	86	99	15 %	Haute-Loire	3,56	2,20	8	5	-38 %
Cantal	4,74	4,18	7	6	-14 %	Loire-Atlantique	9,64	11,24	125	160	28 %
Charente	4,25	4,86	15	17	13 %	Loiret	9,25	8,22	61	56	-8 %
Charente-Maritime	6,87	7,89	43	51	19 %	Lot	4,58	4,61	8	8	0 %
Cher	4,17	5,35	13	16	23 %	Lot-et-Garonne	5,14	6,34	17	21	24 %
Corrèze	6,19	5,81	15	14	-7 %	Lozère	3,89	5,24	3	4	33 %
Côte-d'Or	12,55	14,06	66	75	14 %	Maine-et-Loire	10,25	10,80	81	88	9 %
Côtes-d'Armor	6,9	7,03	41	42	2 %	Manche	5,61	7,31	28	36	29 %
Creuse	5,71	4,27	7	5	-29 %	Marne	10,77	12,91	61	73	20 %
Dordogne	5,06	5,12	21	21	0 %	Haute-Marne	6,03	5,25	11	9	-18 %
Doubs	11,53	12,42	61	67	10 %	Mayenne	3,26	4,25	10	13	30 %
Drôme	10,86	9,66	53	50	-6 %	Meurthe-et-Moselle	17,6	17,22	129	126	-2 %
Eure	3,06	2,49	18	15	-17 %						
Eure-et-Loir	5,34	6,27	23	27	17 %	Meuse	6,2	4,90	12	9	-25 %
Finistère	10,33	11,90	93	108	16 %	Morbihan	7,15	8,75	52	66	27 %
						Moselle	8,04	8,09	84	84	0 %

RAPPORT IGAS N°2020-074R

	Densité 2012	Densité 2020	Effectifs 2012	Effectifs 2020	Evolution effectifs 2012 / 2020		Densité 2012	Densité 2020	Effectifs 2012	Effectifs 2020	Evolution effectifs 2012 / 2020
Nièvre	4,58	3,96	10	8	-20 %	Territoire de Belfort	8,37	12,76	12	18	50 %
Nord	12,17	13,68	314	355	13 %						
Oise	8,19	7,52	66	62	-6 %	Essonne	9,96	10,06	122	132	8 %
Orne	5,5	7,88	16	22	38 %	Hauts-de-Seine	20,23	21,52	320	347	8 %
Nord-Pas-de-Calais	7,04	7,82	103	114	11 %	Seine-Saint-Denis	11,11	11,54	170	191	12 %
Puy-de-Dôme	12,59	13,98	80	92	15 %	Val-de-Marne	18,14	21,07	242	295	22 %
Pyrénées-Atlantiques	9,75	12,19	64	83	30 %	Val-d'Oise	10,42	11,11	123	138	12 %
						Guadeloupe	10,38	13,64	42	52	24 %
Hautes-Pyrénées	8,29	8,35	19	19	0 %	Martinique	9,69	12,38	38	45	18 %
Pyrénées-Orientales	8,84	10,47	40	50	25 %	Guyane	5,05	12,70	12	36	200 %
						La Réunion	13,4	19,81	111	170	53 %
Bas-Rhin	14,01	14,69	154	166	8 %	Mayotte	N.D.	8,91	10	24	140 %
Haut-Rhin	8,37	11,65	63	89	41 %						
Rhône	17,03	19,99	297	373	26 %	Médiane	8,2	8,56			
Haute-Saône	5,42	4,27	13	10	-23 %	Ecart type	4,8	5,6			
Saône-et-Loire	6,83	6,73	38	37	-3 %	9^{ème} décile (D9)	14,3	16,3			
Sarthe	6,89	7,11	39	40	3 %	1^{er} décile (D1)	4,6	4,3			
Savoie	10,26	13,88	43	60	40 %	D9/D1	3,1	3,8			
Haute-Savoie	7,9	9,37	59	77	31 %	Moyenne + écart type					
Paris	37,69	44,29	848	957	13 %	Moyenne - écart type	7,0	6,96			
Seine-Maritime	11,75	12,43	147	155	5 %		16,6	18,24			
Seine-et-Marne	9,56	9,03	128	128	0 %						
Yvelines	14,29	14,11	202	204	1 %						
Deux-Sèvres	4,58	4,29	17	16	-6 %	<i>Source : DREES</i>					
Somme	11,38	12,61	65	72	11 %	<i>Notes de lecture :</i>					
Tarn	8,21	7,22	31	28	-10 %	<i>Les densités sont exprimées pour 100 000 habitants.</i>					
Tarn-et-Garonne	6,95	6,89	17	18	6 %	<i>Pour les densités, les cases en rouge correspondent aux départements peu denses (dont la densité est inférieure à la moyenne - un écart type), tandis que les cases vertes correspondent aux départements denses (dont la densité est supérieure à la moyenne + un écart type)</i>					
Var	9,97	9,82	101	105	4 %	<i>Les variations d'effectifs négatives sont en rouge. .</i>					
Vaucluse	10,24	8,56	56	48	-14 %						
Vendée	3,9	3,23	25	22	-12 %						
Vienne	10,5	11,43	45	50	11 %						
Haute-Vienne	7,71	9,41	29	35	21 %						
Vosges	8,71	9,11	33	33	0 %						
Yonne	5,26	5,98	18	20	11 %						

[359] Par ailleurs, ces inégalités de répartition tendent à s'accroître entre 2012 et 2020 :

- En 2012, la densité de pédiatres hospitaliers et libéraux dans le département le plus doté (Paris) était 17 fois supérieure à celle du département le moins doté (Indre) ; en 2020, ce rapport s'établit à 20 (entre Paris et la Haute-Loire) ;
- L'écart-type augmente (de 5,8 en 2012 à 5,6 en 2020), de même que le rapport interdécile¹⁸¹ (de 3,1 à 3,8) ;
- Les effectifs de pédiatres salariés et libéraux ont diminué dans 22 départements entre 2012 et 2020, alors qu'ils augmentaient de 15 % au niveau national sur la même période.

1.2.2 Les inégalités de répartition sont particulièrement marquées pour les pédiatres libéraux

[360] A l'échelle nationale, la densité de pédiatres libéraux (en exercice mixte ou exclusif) diminue sur la période 2012-2020, de 4,83 à 4,71 pédiatres pour 100 000 habitants. La baisse est encore plus nette si l'on considère uniquement les pédiatres en exercice libéral exclusif, dont la densité est passée de 3,87 à 3,09 pédiatres pour 100 000 habitants. En 2020, cinq départements ne comptent aucun pédiatre en exercice libéral exclusif : la Haute-Marne, la Manche, la Haute-Loire, l'Indre et la Creuse.

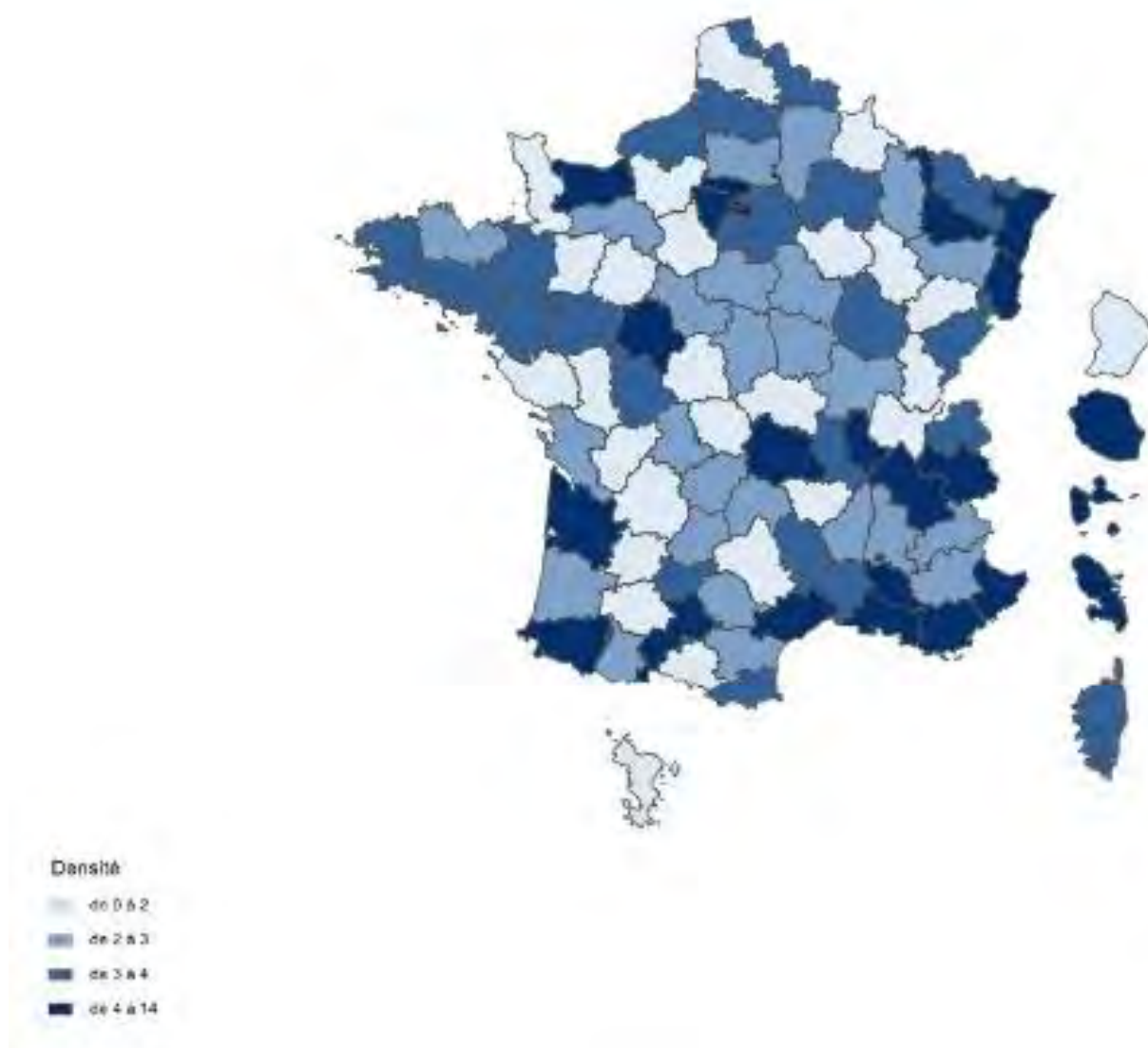
[361] Les inégalités de densité de pédiatres libéraux (en exercice exclusif ou mixte) sont importantes entre les départements, et tendent à s'accroître :

- Dans 8 départements, la densité est inférieure à 1 pédiatre libéral pour 100 000 habitants (contre 5 en 2012) : l'Indre (aucun pédiatre), Mayotte, la Manche, l'Eure, la Vendée, la Creuse, la Haute-Saône et la Haute-Loire ;
- À l'inverse, Paris est le département le plus doté en pédiatres libéraux (13,7 pédiatres pour 100 000 habitants), suivi de près par les Hauts-de-Seine (11,4). L'Hérault, les Bouches-du-Rhône, les Alpes-Maritimes, la Haute-Garonne, le Rhône, le Val-de-Marne, le Bas-Rhin et les Yvelines figurent également parmi les 10 départements les plus densément peuplés en pédiatres ;
- Le rapport interdécile s'accroît sensiblement durant la période 2012-2020 (de 4,7 à 5,6) ;
- Si les effectifs libéraux progressent de 3 % sur la période à l'échelle nationale, 56 départements voient leurs effectifs de pédiatres diminuer sur la période.

[362] La carte présentée ci-après ainsi que les données départementales illustrent les inégalités et leur augmentation sur la période 2012-2020.

¹⁸¹ La densité des 10 départements les mieux dotés rapportée à la densité aux 10 départements les moins dotés en pédiatres

Carte 4 : Densité de pédiatres libéraux pour 100 000 habitants en 2020, par département



Source : Données DREES, mise en forme IGAS

Tableau 15 : Densité et effectifs des pédiatres en exercice libéral (exclusif et mixte), par département, en 2012 et 2020

	Densité 2012	Densité 2020	Effectifs 2012	Effectifs 2020	Variation effectifs 2012/2020
National	4,83	4,71	3 046	3 151	3 %
Ain	2,81	1,53	17	10	-41 %
Aisne	3,33	2,46	18	13	-28 %
Allier	1,17	1,8	4	6	50 %
Alpes-Hte-Provence	3,1	3,03	5	5	0 %
Hautes-Alpes	3,6	2,12	5	3	-40 %
Alpes-Maritimes	7,21	8,42	78	91	17 %
Ardèche	3,47	2,76	11	9	-18 %
Ardennes	2,12	1,86	6	5	-17 %
Ariège	1,97	1,96	3	3	0 %
Aube	2,3	1,94	7	6	-14 %
Aude	3,62	2,69	13	10	-23 %
Aveyron	2,9	1,8	8	5	-38 %
Bouches-du-Rhône	8,05	8,71	159	177	11 %
Calvados	4,38	5,34	30	37	23 %
Cantal	0,68	2,09	1	3	200 %
Charente	2,26	1,43	8	5	-38 %
Charente-Maritime	2,72	2,63	17	17	0 %
Cher	2,56	2,01	8	6	-25 %
Corrèze	1,23	2,08	3	5	67 %
Côte-d'Or	3,23	4,13	17	22	29 %
Côtes-d'Armor	3,03	2,17	18	13	-28 %
Creuse	1,63	0,85	2	1	-50 %
Dordogne	1,93	1,96	8	8	0 %
Doubs	4,15	3,89	22	21	-5 %
Drôme	4,09	2,13	20	11	-45 %
Eure	1,36	0,5	8	3	-63 %
Eure-et-Loir	2,33	1,16	10	5	-50 %
Finistère	3,56	3,41	32	31	-3 %
Corse-du-Sud	4,12	4,35	6	7	17 %
Haute-Corse	4,15	3,87	7	7	0 %
Gard	3,9	3,48	28	26	-7 %

	Densité 2012	Densité 2020	Effectifs 2012	Effectifs 2020	Variation effectifs 2012/2020
Haute-Garonne	8,49	8	107	111	4 %
Gers	2,65	1,58	5	3	-40 %
Gironde	5,13	6,31	75	102	36 %
Hérault	6,68	9	71	105	48 %
Ille-et-Vilaine	5,01	4,19	50	45	-10 %
Indre	0,86	0	2	0	-100 %
Indre-et-Loire	6,4	6,44	38	39	3 %
Isère	5,68	5,3	69	67	-3 %
Jura	1,92	1,16	5	3	-40 %
Landes	2,83	2,92	11	12	9 %
Loir-et-Cher	3,02	2,43	10	8	-20 %
Loire	3,61	3,27	27	25	-7 %
Haute-Loire	0,44	0,88	1	2	100 %
Loire-Atlantique	3,17	4,21	41	60	46 %
Loiret	3,64	3,08	24	21	-13 %
Lot	1,72	2,31	3	4	33 %
Lot-et-Garonne	1,81	1,21	6	4	-33 %
Lozère	1,3	3,93	1	3	200 %
Maine-et-Loire	3,42	3,44	27	28	4 %
Manche	1,2	0,41	6	2	-67 %
Marne	3,88	3,19	22	18	-18 %
Haute-Marne	3,83	1,17	7	2	-71 %
Mayenne	1,63	1,31	5	4	-20 %
Meurthe-et-Moselle	6,13	6,01	45	44	-2 %
Meuse	1,55	2,17	3	4	33 %
Morbihan	3,31	3,32	24	25	4 %
Moselle	3,73	3,75	39	39	0 %
Nièvre	1,84	2,47	4	5	25 %
Nord	3,07	3,24	79	84	6 %
Oise	3,47	2,91	28	24	-14 %
Orne	1,72	2,86	5	8	60 %
Nord-Pas-de-Calais	1,64	1,44	24	21	-13 %

RAPPORT IGAS N°2020-074R

	Densité 2012	Densité 2020	Effectifs 2012	Effectifs 2020	Variation effectifs 2012/2020
Puy-de-Dôme	5,35	4,41	34	29	-15 %
Pyrénées-Atlantiques	5,79	5,72	38	39	3 %
Hautes-Pyrénées	3,49	3,08	8	7	-13 %
Pyrénées-Orientales	3,31	3,98	15	19	27 %
Bas-Rhin	7,46	7,17	82	81	-1 %
Haut-Rhin	4,25	4,98	32	38	19 %
Rhône	6,77	7,99	118	149	26 %
Haute-Saône	2,92	0,86	7	2	-71 %
Saône-et-Loire	2,52	2	14	11	-21 %
Sarthe	2,83	1,96	16	11	-31 %
Savoie	5,02	4,63	21	20	-5 %
Haute-Savoie	2,94	3,53	22	29	32 %
Paris	11,29	13,69	254	296	17 %
Seine-Maritime	3,84	3,77	48	47	-2 %
Seine-et-Marne	4,71	4,38	63	62	-2 %
Yvelines	7,99	6,5	113	94	-17 %
Deux-Sèvres	0,81	1,07	3	4	33 %
Somme	3,16	3,33	18	19	6 %
Tarn	3,18	2,58	12	10	-17 %
Tarn-et-Garonne	4,5	3,45	11	9	-18 %
Var	5,72	5,05	58	54	-7 %
Vaucluse	6,22	4,63	34	26	-24 %
Vendée	1,25	0,58	8	4	-50 %
Vienne	3,27	3,66	14	16	14 %
Haute-Vienne	2,93	2,42	11	9	-18 %
Vosges	5,02	2,76	19	10	-47 %
Yonne	2,63	2,39	9	8	-11 %
Territoire de Belfort	4,19	3,55	6	5	-17 %
Essonne	5,47	4,35	67	57	-15 %
Hauts-de-Seine	10,18	11,35	161	183	14 %
Seine-Saint-Denis	4,31	3,8	66	63	-5 %
Val-de-Marne	6,82	7,22	91	101	11 %
Val-d'Oise	4,58	4,43	54	55	2 %
Guadeloupe	4,45	5,24	18	20	11 %

	Densité 2012	Densité 2020	Effectifs 2012	Effectifs 2020	Variation effectifs 2012/2020
Martinique	4,33	4,4	17	16	-6 %
Guyane	0,42	1,77	1	5	400 %
La Réunion	4,71	5,71	39	49	26 %
Mayotte		0,37	1	1	0 %
Max	11,29	13,69			
Min	0,42	0			
écart type	2,04	2,34			
D9	6,43	6,44			
D1	1,35	1,16			
D9/D1	4,7	5,6			
Moyenne - écart type	2,79	2,37			
Moyenne + écart type	6,87	7,05			

Source : DREES

Notes de lecture :

Les densités sont exprimées pour 100 000 habitants.

Pour les densités, les cases coloriées en rouge correspondent aux départements peu denses (dont la densité est inférieure à la moyenne - un écart type), tandis que les cases vertes correspondent aux départements denses (dont la densité est supérieure à la moyenne + un écart type)

1.2.3 Les inégalités de répartition des pédiatres sur le territoire sont comparables à celles des autres médecins spécialistes

[363] Les travaux réalisés par la DREES¹⁸² indiquent que :

- Les médecins spécialistes libéraux en accès direct sont répartis de façon plus hétérogène sur le territoire que les médecins généralistes ou les chirurgiens-dentistes ;
- Les disparités d'accessibilité sont davantage liées à des différences entre types de communes que des différences entre régions : les médecins spécialistes sont essentiellement concentrés dans les grands pôles qui, seuls, bénéficient d'une accessibilité supérieure à la moyenne nationale. L'accessibilité est ensuite d'autant plus faible que l'on s'éloigne des pôles et que les pôles sont de moindre importance ;
- La répartition des médecins spécialistes de moins de 55 ans est plus hétérogène que leurs confrères de 55 ans ;
- La concentration des médecins spécialistes pourrait encore s'accroître à l'avenir, malgré leur augmentation, en raison du nombre élevé de zones étudiées sans spécialistes de moins de 55 ans. Ainsi, 40 % des zones d'emploi ne comptent aucun pédiatre de moins de 55 ans. L'augmentation de ces inégalités d'accès aux soins spécialisés dans de nombreuses zones du territoire limitera l'accès aux soins de certains patients, allongera les délais d'attente, et provoquera un déport de consultations vers l'hôpital et les services d'urgence.

[364] La situation de la pédiatrie, par rapport aux neuf spécialités étudiées¹⁸³, apparaît intermédiaire. Toutefois, la proportion de zones d'emploi sans pédiatre est plus élevée que pour les autres spécialités (21 % des zones d'emploi sans pédiatres).

1.3 La pédiatrie libérale traverse une crise démographique et identitaire

1.3.1 La démographie très préoccupante de la pédiatrie libérale pose la question de l'égalité territoriale et sociale d'accès aux soins

1.3.1.1 Le déclin de l'exercice libéral est plus marqué que pour les autres spécialistes ou les généralistes

[365] Sur la période récente, le recul des effectifs de pédiatres libéraux (en exercice exclusif) est plus marqué que celui de la moyenne des médecins libéraux (- 15 % sur la période 2012-2020, contre -9 %).

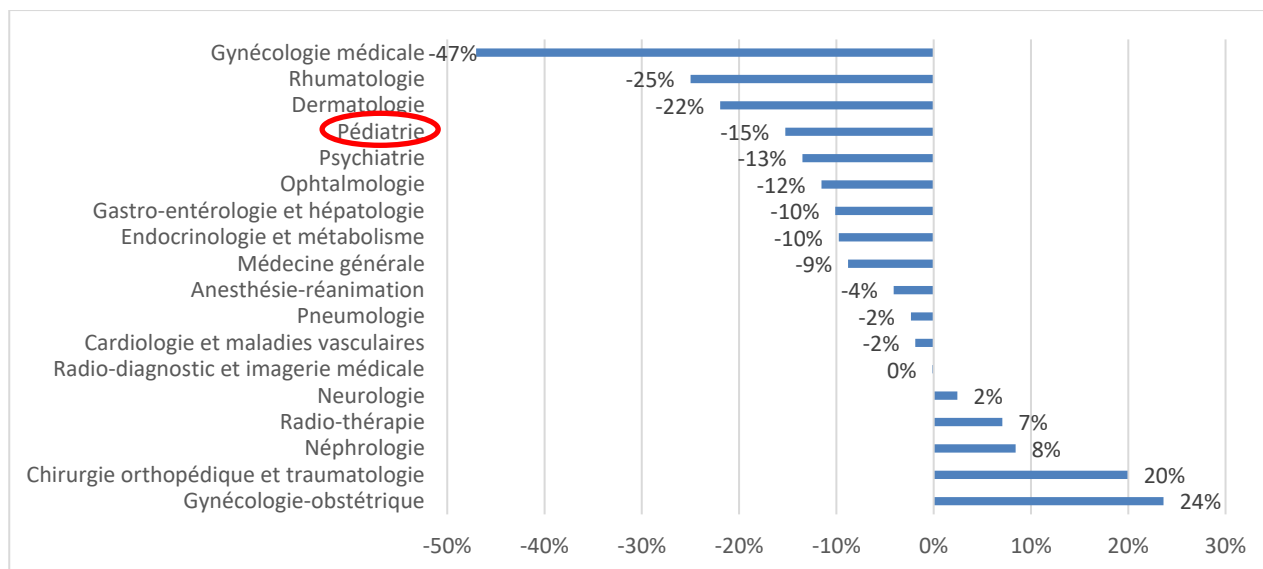
[366] Les évolutions sont très contrastées selon les spécialités, comme en atteste le graphique ci-dessous. La pédiatrie figure parmi les spécialités médicales dont l'évolution de l'exercice libéral est la plus défavorable (seules la gynécologie médicale, la rhumatologie et la dermatologie ont des

¹⁸² "Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités " variables selon les conditions tarifaires", DREES, Etudes et résultats n°0970, 2016 ; « Médecine spécialisée et second recours : dossier statistique de la DREES – Avis du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ; Avis « Organiser la médecine spécialisée et le second recours », 2017

¹⁸³ Cardiologie, dermatologie, gastro-entérologie, gynécologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, psychiatrie, rhumatologie

évolutions plus dégradées). L'évolution est comparable à celle de l'exercice libéral en psychiatrie et en ophtalmologie.

Graphique 16 : Evolution des effectifs de médecins en exercice libéral exclusif entre 2012 et 2020, par spécialité

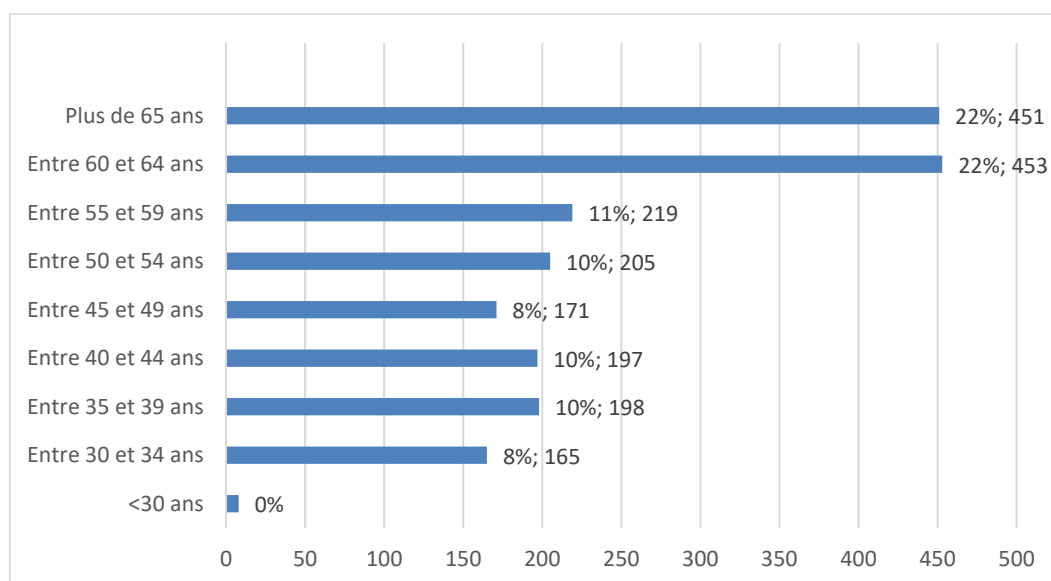


Source : DREES

1.3.1.2 La pyramide des âges des pédiatres libéraux laisse présager une accentuation du recul des effectifs dans les prochaines années

[367] En 2020, 44 % des pédiatres libéraux ont plus de 60 ans.

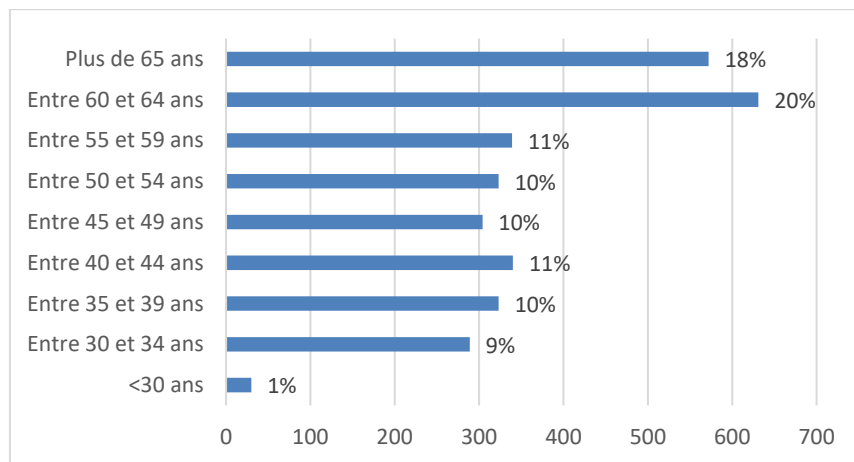
Graphique 17 : Répartition des pédiatres libéraux (exercice exclusif) par tranches d'âge en 2020



Source : DREES

[368] La pyramide des âges est légèrement moins défavorable si l'on considère également les pédiatres en exercice mixte (38 % des médecins ont plus de 60 ans), les jeunes médecins étant plus nombreux à pratiquer en exercice mixte.

Graphique 18 : Répartition par tranche d'âge des pédiatres libéraux (en exercice exclusif et en exercice mixte) en 2020



Source : DREES

[369] Cet âge moyen élevé est tempéré, d'une part par le recul progressif de l'âge de fin d'activité des médecins libéraux, qui a atteint en moyenne 67 ans en 2017, d'autre part par le développement du cumul emploi-retraite. Le cumul emploi-retraite concerne environ 12 % des pédiatres libéraux (en exercice mixte ou exclusif)¹⁸⁴. Toutefois, il concerne davantage les médecins en secteur 2, et les zones les plus densément pourvues. Son développement ne permet donc pas d'atténuer les inégalités de répartition ou les difficultés d'accès aux pédiatres de secteur 1.

[370] En conclusion, si les comportements actuellement observés se maintiennent, les installations des jeunes ne parviendront pas à compenser les départs à la retraite dans les prochaines années, et la chute des effectifs libéraux devrait se poursuivre voire s'accroître.

1.3.1.3 La démographie des pédiatres conventionnés (« secteur 1 ») est particulièrement dégradée, ce qui pose la question de l'égalité sociale d'accès aux soins

[371] En 2018, 62 % des pédiatres exerçant en libéral sont conventionnés en secteur 1 (sans dépassements d'honoraires), tandis que 38 % sont conventionnés en secteur 2¹⁸⁵. La proportion des pédiatres exerçant en secteur 1 est plus élevée que la moyenne des spécialistes, puisque 55 % des spécialistes sont en secteur 1. A l'inverse, le taux de dépassements d'honoraires est plus élevé : en 2016, le taux de dépassement s'élevait à 63 % pour les pédiatres, contre 53 % pour la moyenne des spécialistes¹⁸⁶.

¹⁸⁴ Données DREES : « Un médecin libéral sur 20 en activité cumule emploi et retraite », ER n°1097, 2018

¹⁸⁵ Données de l'assurance maladie

¹⁸⁶ Cette moyenne de 53 % masque des situations très variables selon les spécialités, entre la radiologie (34,1 %), les cardiologues (21 %), les anesthésistes (50 %), les chirurgiens (62 %), les dermatologues (67 %), les gynécologues obstétriciens (71 %), les psychiatres (73 %) ... source des données : « Observatoire des pratiques tarifaires – Dépassements d'honoraires des médecins, une tendance à la baisse qui se confirme », Assurance maladie, dossier de presse, novembre 2017

[372] Les pédiatres conventionnés en secteur 2 suivent les mêmes tendances que les spécialistes de secteur 2 : une progression numérique de leurs effectifs dans les années récentes (+9 % entre 2010 et 2016), et une baisse du taux de dépassements d'honoraires après la réforme de l'OPTAM¹⁸⁷ (le taux de dépassement est passé de 70 % en 2013 à 63 % en 2016).

[373] La proportion de pédiatres en secteur 1 et 2 est très variable selon les départements. En 2018, les pédiatres exerçaient tous en secteur 1 dans 22 départements¹⁸⁸, tandis qu'ils étaient plus de 60 % à exercer en secteur 2 dans 8 départements¹⁸⁹, dont Paris et les Hauts-de-Seine.

[374] La croissance des pédiatres de secteur 2, dans un contexte de diminution des effectifs libéraux, se traduit par une forte diminution des pédiatres de secteur 1 (- 15 % entre 2010 et 2016 selon les données de l'assurance maladie¹⁹⁰). Ceci pose une question majeure d'accès au pédiatre en ville pour les catégories sociales les moins favorisées et dans certains territoires compte-tenu des fortes inégalités territoriales évoquées précédemment (1.2.2).

1.3.2 Le mode d'exercice des pédiatres libéraux évolue moins vite que d'autres spécialités médicales

[375] A l'exception de la croissance des activités de remplaçant, les pédiatres libéraux participent de manière très progressive aux évolutions en cours de l'exercice en médecine de ville : tendance au regroupement des professionnels, développement de l'exercice pluri professionnel et coordonné, emploi d'assistants médicaux.

1.3.2.1 Le statut de remplaçant pour l'exercice de la pédiatrie en ville se développe rapidement

[376] En 2012, les activités des pédiatres remplaçants représentaient 5 % de l'activité libérale – en 2020, ce taux s'élève à 14 % (contre 18 % des activités libérales des médecins généralistes et 13 % des activités libérales des autres spécialistes).

[377] Les remplacements sont réalisés principalement par les jeunes générations : en 2020, 41 % des activités libérales des 30-34 ans sont sous statut de remplaçant ; le taux chute à 20 % pour les 35-39 ans. Mais la progression de la part des remplaçants concerne l'ensemble des classes d'âge – à titre d'exemple, 2 % des 55-59 ans exerçaient une activité en tant que remplaçant en 2012, ils étaient 9 % en 2020.

1.3.2.2 L'exercice en cabinet individuel reste majoritaire chez les pédiatres libéraux

[378] En 2020, les pédiatres installés en cabinet libéral exercent majoritairement en cabinet individuel (54 % d'exercice en cabinet individuel contre 46 % d'exercice en groupe¹⁹¹). Les données présentées dans l'encadré ci-dessous confirment la prégnance d'un mode d'exercice très individuel chez les pédiatres.

¹⁸⁷ Option pratique tarifaire maîtrisée

¹⁸⁸ Alpes de Haute Provence, Hautes-Alpes, Ardèche, Aveyron, Cantal, Côtes d'Armor, Creuse, Eure, Gers, Indre, Lot, Lozère, Haute-Marne, Mayenne, Nièvre, Orne, Haute-Saône, Tarn, Tarn-et-Garonne, Vendée, Vosges, Guyane

¹⁸⁹ Allier (67 %), Alpes-Maritimes (60 %), Ariège (67 %), Deux Sèvres (100 % : 2 pédiatres en secteur 2), Haute-Corse (71 %), Haute-Loire (100 %, 1 pédiatre en secteur 2)), Paris (71 %), Hauts-de-Seine (67 %)

¹⁹⁰ Les données de l'assurance maladie se distinguent des données de la DREES par leur champ – à titre d'exemple, elles n'intègrent que les pédiatres de moins de 65 ans.

¹⁹¹ Les données portent sur les activités des pédiatres et intègrent l'exercice mixte.

Selon une enquête menée par le syndicat national des pédiatres français (SNPF) en 2018, à laquelle 420 pédiatres ont répondu :

- la moitié des pédiatres ont une secrétaire (51 %), dont 64 % l'emploient à temps plein ;
- 2 % des répondants emploient une infirmière ;
- 77 % des répondants n'ont qu'une salle d'examen ;
- les raisons de ne pas employer du personnel sont à 94 % le coût, 35 % les locaux.

Source : *Syndicat national des pédiatres français (SNPF)*

[379] La proportion d'exercice en cabinet de groupe ou en société progresse faiblement : elle est passée de 44 % en 2012 à 46 % en 2020. Comme pour les autres spécialités médicales, elle est beaucoup plus élevée chez les plus jeunes : 70 % des pédiatres de 30-34 ans exercent en cabinet de groupe, et 56 % des 35-39 ans.

[380] La proportion encore minoritaire de l'exercice en groupe chez les pédiatres contraste avec l'exercice des médecins généralistes (53 % d'exercice en cabinet de groupe en 2016) ou de certaines spécialités (92 % d'exercice en groupe pour les radiothérapeutes, 64 % pour les pneumologues). Cette situation n'est toutefois pas propre à la pédiatrie. Selon le haut conseil à l'avenir de l'assurance maladie, les spécialités cliniques, en cabinet, sans plateau technique (telle que la pédiatrie, la psychiatrie, la dermatologie) restent peu exercées en groupe, à l'inverse des spécialités dont l'exercice requiert des équipements coûteux ou sont pratiquées de façon importante ou exclusive en établissement (radiodiagnostic, spécialités chirurgicales).

1.3.2.3 L'exercice pluri professionnel et coordonné semble encore peu développé chez les pédiatres en ville

[381] Les différentes modalités d'exercice pluri professionnel et coordonné en cours de développement sont rappelées dans l'encadré à la page suivante.

[382] L'exercice pluri- professionnel semble très minoritaire parmi les pédiatres de ville, même si les données restent lacunaires sur ce point.

- L'exercice en maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP) est très peu fréquent : 48 pédiatres exercent dans les 1600 MSP financées par l'assurance maladie. La fréquence de présence des pédiatres dans les MSP est de 3 %, quand les généralistes sont présents dans toutes les MSP, et les sages-femmes et les pharmaciens respectivement dans 45 % et 44 % d'entre elles¹⁹² ;
- L'exercice des pédiatres en centres de santé progresse mais reste peu fréquent : en 2012, 69 pédiatres y exerçaient une activité, ils sont 124 en 2020¹⁹³. Il s'agit très majoritairement d'activités à temps partiel (35 ETP en 2019 pour 114 pédiatres¹⁹⁴) ;
- Toutefois, ces données reflètent sans doute imparfaitement l'exercice pluriprofessionnel de certains pédiatres. D'une part, des pédiatres peuvent exercer avec d'autres professionnels de santé (par exemple orthophonistes, psychomotricien...) dans un même cabinet, sans que la dimension pluriprofessionnelle du cabinet de groupe ne soit identifiée dans les statistiques. D'autre part, certaines maisons de santé pédiatriques se sont développées, sans que celles-ci soient toujours enregistrées. En effet le développement de maisons pluriprofessionnelles de

¹⁹² Données assurance maladie

¹⁹³ Données DREES

¹⁹⁴ Donnée de la fédération des centres de santé (bilan 2019)

santé de l'enfant sous l'égide de pédiatres est actuellement limité par la doctrine selon laquelle les MSP doivent être composées au minimum de deux médecins généralistes¹⁹⁵. La mission a ainsi pu échanger avec des pédiatres exerçant dans un cabinet de groupe pluriprofessionnel de santé de l'enfant qui rencontrait des difficultés pour obtenir le statut de MSP ;

[383] Le développement de l'exercice coordonné chez les pédiatres est également mal mesuré :

- Il ne semble pas exister d'équipes de soins spécialisées (ESS) formalisées en pédiatrie. Les ESS restent très peu développées de manière formelle, à quelques exceptions près signalées auprès de la mission (en dermatologie, neurologie et cardiologie) ;
- Le nombre de pédiatres adhérents aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) est très faible (4 pédiatres sont adhérents aux CPTS financées par l'assurance maladie). De manière générale, la médecine spécialisée semble encore peu impliquée dans les projets de CPTS, comparativement à la médecine générale.

Les modalités d'exercice pluri professionnel et coordonné pour les médecins spécialistes : MSP, centres de santé, CPTS et ESS

Les **maisons de santé pluriprofessionnelles** (MSP), introduites dans la loi dès 2007, sont des structures dotées de la personnalité morale constituées entre professionnels médicaux et paramédicaux exerçant à titre libéral. Ils exercent généralement dans les mêmes locaux, et doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné. Les MSP doivent nécessairement être constituées de deux médecins généralistes et d'un professionnel paramédical. Les MSP sont financées par l'assurance maladie depuis l'accord conventionnel interprofessionnel de 2017, au même titre que les centres de santé. En janvier 2021, 1170 MSP étaient signataires de l'ACI.

Les **centres de santé** sont des structures d'exercice collectif qui salarient les professionnels de santé. Créés et gérés par des organismes à but non lucratif (collectivités territoriales notamment), ils définissent un projet de santé. Ils appliquent le tiers payant sans dépassement d'honoraires. Les centres de santé peuvent être financés par l'assurance maladie, par l'ACI de 2017, au même titre que les MSP. On compte plus de 2000 centres de santé (dont 428 pluriprofessionnels).

Les **communautés professionnelles territoriales de santé** (CPTS), créées par la loi santé de 2016, regroupent les professionnels de santé d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes (organisations des soins non programmés, orientation des patients vers un médecin traitant, attractivité médicale du territoire, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile, coordination ville/ hôpital pour la prise en charge des patients Covid...). Contrairement aux maisons de santé, les CPTS n'impliquent pas de regroupement géographique des professionnels dans un même lieu d'exercice. Depuis 2019, l'assurance maladie assure le financement des CPTS par un accord conventionnel interprofessionnel (ACI). Les agences régionales de santé peuvent aussi soutenir les CPTS, en particulier lors du montage du projet. 578 projets de CPTS étaient recensés en juin 2020, et 55 CPTS étaient signataires de l'ACI au 3^{ème} trimestre 2020¹⁹⁶.

¹⁹⁵ Aucune disposition juridique nationale n'interdit à des pédiatres de créer une MSP. L'article L.6323-3 du code de la santé publique définissant les MSP précise qu'elle assure des activités de soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours. Le cahier des charges national, défini par la circulaire interministérielle du 27 juillet 2010, précise qu'une MSP doit comprendre au minimum deux médecins, sans préciser leur spécialité. L'ACI fixant les modalités de financement des MSP ne précise pas non plus que la présence de deux médecins généralistes est requise, mais la rémunération des MSP est en partie fondée sur le calcul de la patientèle des médecins traitants.

En revanche, plusieurs cahiers des charges régionaux (établis par les ARS, par exemple dans les Hauts-de-France et en Ile-de-France) fixent une condition de présence de deux médecins généralistes dans les MSP. Certaines CPAM refuseraient également de valider le statut de MSP à des maisons de santé pédiatriques sans médecin généraliste.

¹⁹⁶ Données DGOS

Les **équipes de soins spécialisées (ESS)**, créées par la loi du 24 juillet 2019, regroupent des professionnels de santé autour de médecins spécialistes choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux. Il n'existe pas à l'heure actuelle de financement des ESS par l'assurance maladie, mais elles peuvent être financées par les ARS.

1.3.2.4 Le recrutement d'assistants médicaux par les pédiatres reste très modeste depuis 2019

[384] Les pédiatres ont encore peu recours au dispositif de financement d'assistants médicaux proposé par l'assurance maladie : 23 pédiatres y ont recours en 2020 (dont 7 pédiatres en Seine-Saint-Denis), contre environ 850 médecins généralistes. La pédiatrie est toutefois la 2^{ème} spécialité ayant recruté le plus d'assistants médicaux auprès l'ophtalmologie (37). Ce faible niveau de recours s'explique notamment par les conditions de financement (détail dans l'encadré ci-après).

[385] L'exercice en binôme avec un assistant médical est pourtant très plébiscité par les pédiatres concernés, et semble très prometteur pour un gain de temps médical et une amélioration des services aux patients.

Le déploiement des assistants médicaux

Depuis 2019 (l'avenant 7 à la convention médicale), les médecins sont incités financièrement par l'assurance maladie à recruter des assistants médicaux. Les missions de l'assistant médical sont définies librement par les médecins, et son profil est très ouvert (infirmier, aide-soignant, secrétaire médicale...), même si celui-ci devra être formé dans les deux années suivant son recrutement.

Le financement prévu couvre entre 1/3 d'ETP et 1 ETP d'assistant médical (en fonction de la démographie médicale de la zone d'exercice), et décroît dans le temps. A titre d'exemple, dans les zones les moins denses, 36 000 € peuvent être financés la première année pour un assistant médical à plein temps, puis 27 000 € la deuxième année et 21 000 € la troisième année et les suivantes.

L'aide financière est accordée pour 5 ans sous les conditions suivantes :

- pour les médecins exerçant en secteur 1 ou en secteur 2 adhérent à l'Optam¹⁹⁷,
- exerçant en mode regroupé (avec une dérogation pour les médecins en zone sous-dense)
- s'inscrivant dans une démarche d'exercice coordonné (MSP, CPTS...) ou s'engageant à le faire dans les 2 ans ;
- avec une file active suffisante.

Les médecins doivent aussi s'engager à augmenter leur file active en contrepartie de l'aide conventionnelle.

Compte-tenu des conditions d'octroi de l'aide financière, il est peu surprenant que le développement des assistants médicaux soit peu fréquent chez les pédiatres (part du secteur 2 ; faiblesse relative de l'exercice regroupé ou coordonné). Un pédiatre rencontré par la mission a également déploré la nécessité pour les praticiens d'augmenter leur file active, condition qui serait trop contraignante pour les médecins proches de la retraite, désireux de réduire leur activité.

Pourtant, les retours des pédiatres, issus d'une enquête de l'assurance maladie auprès de 7 pédiatres, et d'un entretien de la mission avec un praticien et son assistante médicale pédiatrique, sont extrêmement positifs. Ils témoignent d'un gain de temps médical pour le pédiatre (évalué à 40 % par l'un des pédiatres), d'une amélioration du service pour le patient (prise en charge beaucoup plus globale) et d'une amélioration de la qualité du travail pour les pédiatres (consultations plus qualitatives, meilleure organisation). Les verbatim des pédiatres en attestent : « Il est très satisfait de ce binôme. Il ne pourrait plus se passer d'une AM. » ; « Cela lui permet de dégager du temps pour ses consultations et de se recentrer sur son cœur de métier. »

¹⁹⁷ Option pratique tarifaire maîtrisée

Les missions confiées par les pédiatres à l'assistant médical sont :

- un appui administratif (très fréquent- environ 20 à 30 % du temps de travail de l'AM) : enregistrement des données dans le dossier médical ou carnet de santé ; facturation et encaissement ; enregistrement des médecins traitants ; remplissage des dossiers liés aux handicaps des enfants (PAI, MDPH, CMPP) ; mise en relation avec les professionnels de santé ; gestion du courrier et scan des comptes rendus d'examens ;
- la gestion de l'accueil physique et téléphonique (très fréquente- 6 pédiatres sur 7) ;
- une assistance à la consultation (5) : prise des constantes, aide pour déshabiller les enfants, aide à la vaccination, pesée, préparation du matériel ;
- la réalisation de dépistages visuels et auditifs (2) ou de dépistage des troubles de l'apprentissage (1)
- des conseils aux parents (par rapport au COVID, à l'alimentation...) (1) ;
- l'observation des patients en salle d'attente (1)
- prises de sang, réalisation de tests Covid, tests urinaires (1- profil infirmier),
- nettoyage des salles d'examen (1).

L'assistante médicale rencontrée par la mission a une formation initiale d'auxiliaire de puériculture, qu'elle juge bien adaptée à ses fonctions. Rapidement identifiée par les parents, elle est parfois contactée directement par les parents pour des questions de puériculture.

1.3.3 Une rémunération nettement plus faible que les autres spécialités médicales

[386] En 2018, les bénéfices non commerciaux des pédiatres (c'est-à-dire les revenus issus de l'activité libérale) s'élevaient d'après la CARMF¹⁹⁸ à 70 134 € (65 191 € pour les pédiatres de secteur 1, 77 757 € pour les pédiatres de secteur 2). Ces revenus n'intègrent pas les revenus salariés que les pédiatres peuvent avoir par ailleurs.

[387] Ceci les situe en bas de l'échelle des revenus des médecins libéraux (dont le BNC moyen s'établit à 92 807 € en 2018), avec un revenu libéral inférieur à celui des généralistes (75 523 euros), comparable et à celui des psychiatres.

[388] Entre 2005 et 2014, la rémunération des pédiatres a diminué de 0,7 % par an, tandis que celle des spécialistes augmentait de 1,1 % par an sur la même période (et celle des généralistes progressait de 0,6 % par an)¹⁹⁹. Les pédiatres étaient alors les spécialistes les plus touchés par une diminution de revenus (avec les psychiatres).

[389] Selon la DREES, la diminution de revenu sur cette période est due à une évolution structurelle de la population des médecins, qui s'est féminisée et a vieilli sur cette période, les populations de médecins femmes et des médecins plus âgés ayant un niveau d'activité moins important, et des revenus inférieurs à la moyenne. A profil identique, c'est une augmentation de revenus qui aurait été observée (+0,9 % par an). Même en tenant compte de ces effets de structure, l'évolution des revenus des pédiatres sur cette période reste défavorable par rapport aux autres médecins.

¹⁹⁸ Caisse autonome de retraite des médecins de France

¹⁹⁹ Données DREES, « Médecins libéraux : une hausse modérée de leurs revenus entre 2011 et 2014 », ER n°1022, septembre 2017.

[390] Toutefois, sur une période plus récente, la rémunération des pédiatres a légèrement augmenté(+1 % entre 2017 et 2018²⁰⁰ ; de l'ordre de + 0,3 % entre 2019 et 2018²⁰¹). Ceci tient à deux facteurs d'évolution introduits par la convention médicale de 2016 :

- La revalorisation de certaines cotations, notamment les examens obligatoires du nourrisson du 8^{ème} jour, du 9^{ème} mois et du 24^{ème} mois (examens donnant lieu à un certificat) ;
- La création d'une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) liée au statut de médecin traitant de l'enfant (créé par la loi de modernisation du système de santé en 2016). Cette rémunération forfaitaire est versée en fonction de l'atteinte de différents objectifs de santé publique (objectifs de prévention, de suivi des maladies chroniques comme l'asthme, de vaccination et de lutte contre l'antibio-résistance). En 2019, 1614 pédiatres ont perçu cette rémunération supplémentaire, pour un montant annuel de 881 euros. Le montant de la ROSP du médecin traitant de l'enfant reste largement inférieur à la ROSP pour médecins traitants de l'adulte (plus ancienne), qui conduit au versement de près de 5000 euros en moyenne par an aux médecins généralistes. La ROSP des cardiologues et des gastroentérologues, créée depuis peu, conduit au versement respectif de 2124 € et 1417 € annuels en moyenne en 2019.

[391] En conclusion, la rémunération des pédiatres libéraux évolue de manière peu dynamique depuis 2016, après avoir baissé entre 2005 et 2014. Les pédiatres perçoivent un revenu situé dans le bas de l'échelle des revenus des spécialistes, inférieur à celui des généralistes. Les pédiatres expliquent cette comparaison défavorable par une cotation défavorable et trop complexe, ainsi que par la longueur de leurs consultations. Des facteurs plus structurels (population très féminisée et âgée) peuvent également expliquer une partie de l'écart, les femmes et les médecins âgés ayant un niveau d'activité moins élevé.

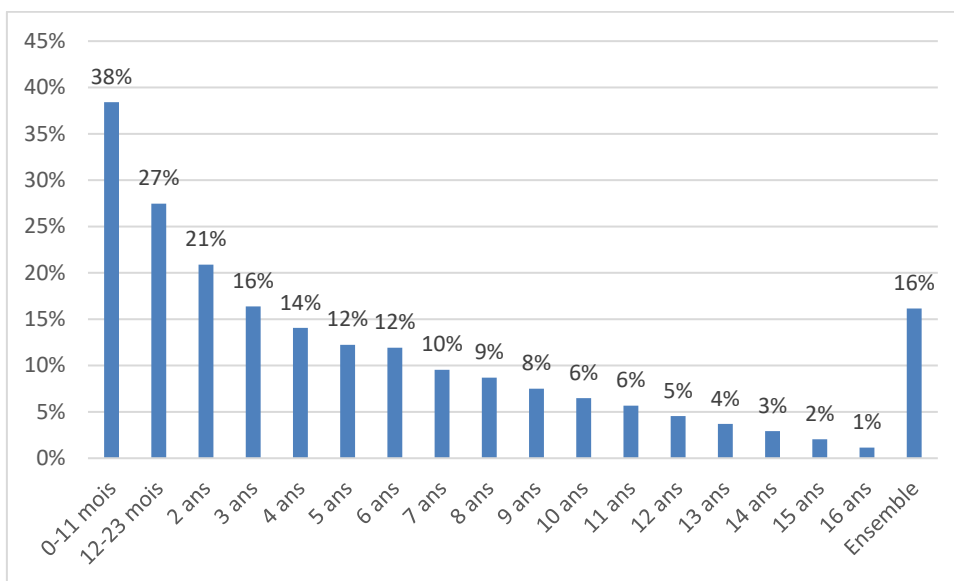
1.3.4 La part des enfants suivis par les pédiatres en ville décline et se concentre sur les moins de deux ans

[392] En 2018, les pédiatres assuraient 16 % des consultations des enfants de moins de 16 ans (contre 84 % pour les généralistes). Cette proportion varie fortement selon l'âge des enfants et décline au fil des années : les pédiatres assurent 38 % des consultations des enfants de moins d'un an, 27 % pour les enfants d'un an, 12 % pour les enfants de 6 ans ...

²⁰⁰ Donnée de la CARMF

²⁰¹ Donnée de l'UNASA (Union Nationale des associations agréées) publiées par le Quotidien du médecin (« Revenus 2019 : les gagnants et les perdants », 9 septembre 2020)

Graphique 19 : Proportion des consultations des enfants de moins de 16 ans assurées par les pédiatres par rapport aux médecins généralistes, par tranche d'âge, en 2018

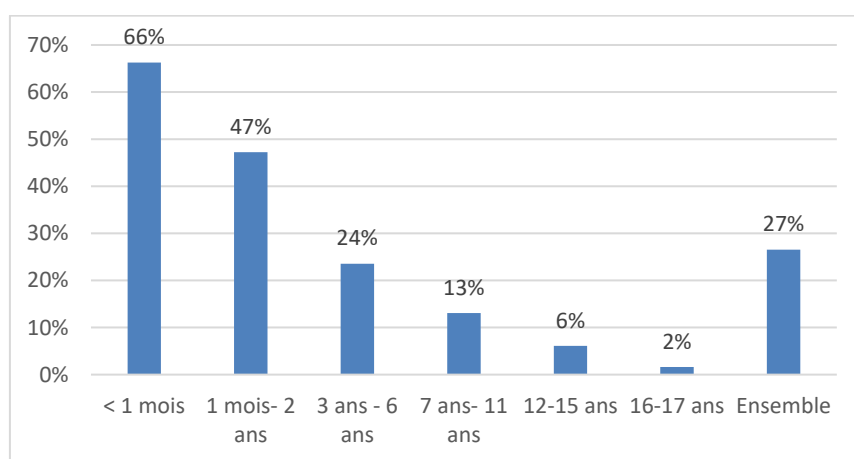


Source : Assurance maladie, données SNIIRAM

Lecture : en 2018, les pédiatres assuraient 38 % des consultations des enfants de 0 à 11 mois ; les médecins généralistes en réalisaient 62 %.

[393] Cette répartition n'est pas uniforme sur le territoire, en cohérence avec les inégalités territoriales décrites précédemment. Ainsi, en Ile-de-France, région la plus densément dotée en pédiatres, 27 % des consultations des enfants de moins de 18 ans sont assurées par les pédiatres.

Graphique 20 : Proportion des consultations des enfants assurées par les pédiatres par rapport aux médecins généralistes, en Ile-de-France, en 2017



Source : ARS Ile-de-France, données SNIIRAM

[394] La proportion d'enfants suivis par des pédiatres a décliné dans le temps : le rapport Sommelet de 2006 fait ainsi état de 50 à 60 % d'enfants de moins de deux ans suivis par le pédiatre, et 20 % des enfants de plus de deux ans.

[395] L'analyse des pratiques respectives des pédiatres et des médecins généralistes pour les consultations des enfants fait apparaître les points suivants (cf encadré ci-dessous pour le détail des données disponibles) :

- Les pédiatres réalisent environ 30 % de consultations de moins que les généralistes et suivent 10 % de patients de moins ;
- Le principal motif de consultation chez les pédiatres est préventif (plus d'un tiers des consultations concernent le suivi du développement, d'une durée plus longue que les consultations pour soins aigus), alors que les 2/3 des consultations auprès des médecins généralistes concernent des maladies aiguës, et sont d'une durée plus courte ;
- Les pédiatres assurent peu de consultations de suivi de patients atteints de pathologies chroniques en ALD (environ 10 %). A titre indicatif, même s'il convient de noter que la proportion d'ALD au sein des patientèles diffère notablement (3 % des enfants de moins de 15 ans sont en ALD contre 17 % de la population dans son ensemble), respectivement 20 % des consultations des médecins généralistes et 47 % des consultations des médecins spécialistes concernent des patients en ALD ;
- Pédiatres et médecins généralistes réservent des créneaux pour les soins non programmés dans leurs agendas, et ce particulièrement pendant les périodes épidémiques ;
- Le délai d'attente moyen pour un RDV chez le pédiatre (libéral ou hospitalier) est de 22 jours en 2018, contre 6 jours en moyenne pour les médecins généralistes.

Données sur l'activité des pédiatres et des médecins généralistes sur le suivi des enfants

Activité

Les pédiatres de moins de 65 ans ont réalisé 3389 consultations par an en 2018 et 2 visites par an, contre 4649 consultations et 388 visites pour les médecins généralistes. Les pédiatres suivent en moyenne 1776 patients (contre 1960 pour les MG) (données Assurance maladie²⁰²).

Nature des consultations

Environ 35 % des consultations chez le pédiatre sont des consultations de suivi du développement de l'enfant, à visée préventive, 28 % sont des consultations de suivi de pathologie (dont 1/3 de patients en ALD), 26 % concernent des affections aiguës (durée moyenne de 19 minutes), 3,3 % sont des consultations complexes, 1,4 % concernent le suivi de patients en ALD (pathologies chroniques) et 0,3 % des consultations avec hospitalisation (données Assurance maladie)²⁰³.

En 2012, les consultations par les médecins généralistes (auprès de l'ensemble de leurs patients) sont très majoritairement (à 65 %) des consultations pour affection aiguë. 20 % sont des consultations de suivi de patients en ALD, 9 % de consultations pour vaccination, 6,3 % de consultations complexes, et 0,6 % de consultations avec hospitalisation. (données Assurance maladie)²⁰⁴

²⁰² Données Assurance maladie sur les médecins actifs à part entière (APE), c'est-à-dire les médecins de moins de 65 ans qui ont exercé une activité libérale normale sur une année complète, dans un cadre conventionnel

²⁰³ Données de l'assurance maladie issues d'une enquête CCAM de 2012 – le taux de réponse des pédiatres s'élevait à 49 %, celui des médecins généralistes à 20 %.

²⁰⁴ Données de l'assurance maladie issues d'une enquête CCAM de 2012 – le taux de réponse des pédiatres s'élevait à 49 %, celui des médecins généralistes à 20 %.

Durée et pénibilité des consultations

En 2012, la durée moyenne des consultations chez le pédiatre est comprise entre 21 minutes (évaluation DREES) et 23 minutes (évaluation assurance maladie). La pénibilité moyenne des consultations est évaluée à 3,27.

Pour les médecins généralistes, la durée moyenne des consultations se situe entre 16 minutes (donnée DREES) et 19 minutes (assurance maladie) – la pénibilité moyenne s'élève à 2,9.

Ces différences de durée et de pénibilité s'expliquent notamment par la proportion plus élevées des consultations pour affections aiguës chez les médecins généralistes, celles-ci ayant une durée plus courte et une pénibilité jugée moindre par les médecins²⁰⁵.

Prise en charge des soins non programmés

En 2018, la quasi-totalité des pédiatres d'Ile-de-France ayant répondu à une enquête de l'URPS (environ 120 réponses) déclarait réserver des créneaux dans leur agenda pour les consultations non programmées. Le nombre de créneaux réservé est plus important en période épidémique (63 % des pédiatres réservent plus de 30 créneaux par semaine en période épidémique ; 30 % réservent plus de 35 créneaux par semaine hors période épidémique). Seuls 20 % des pédiatres déclarent faire partie d'un groupement de pédiatres organisant la permanence des soins en dehors des horaires d'ouverture des cabinets les week-ends (données URPS Ile-de-France)²⁰⁶.

Les médecins généralistes d'Ile-de-France ont également une activité à caractère saisonnier. Toute tranche d'âge confondue, ils effectuaient en 2019 100 consultations par semaine en période « normale », contre 140 par semaine en période épidémique. Ils estiment que les 0-2 ans sont les plus concernés par les demandes de soins non programmés (données URPS Ile-de-France et ARS Ile-de-France ²⁰⁷).

Délai moyen d'attente

Le délai moyen d'attente pour un rendez-vous chez le pédiatre (libéral et hospitalier) est de 22 jours en 2018 – cette moyenne cache des disparités importantes : 50 % des rendez-vous sont fixés dans les 8 jours, mais l'attente est supérieure à 64 jours pour les 10 % qui patientent le plus.²⁰⁸

Pour les médecins généralistes, le délai moyen d'attente est de 6 jours, la médiane s'élevant à 2 jours (données DREES).²⁰⁹

1.3.5 La pédiatrie libérale traverse une crise identitaire : son rôle est mal défini et son positionnement peu complémentaire par rapport aux autres acteurs médicaux

[396] Les pédiatres libéraux avec lesquels la mission a pu échanger signalent la situation de crise traversée par leur profession. Le recul démographique des pédiatres contribue en effet à questionner le rôle et le positionnement des pédiatres en ville, à deux titres.

- Les pédiatres doivent-ils rester positionnés en premier recours ?

²⁰⁵ L'ensemble de ces données est issu de l'enquête de l'assurance maladie de 2012 mentionnée précédemment.

²⁰⁶ Enquête menée par l'URPS Ile-de-France en 2018 dont les résultats ont été partagés lors du séminaire « Retours d'expérience : innovations organisationnelles aux urgences pédiatriques » le 5 juillet 2018- 121 réponses, taux de retour de 17 %

²⁰⁷ Enquête sur les soins non programmés auprès des médecins généralistes libéraux exerçant en Ile-de-France, URPS Ile-de-France et ARS Ile-de-France, janvier 2020- 1184 médecins généralistes ont répondu à l'enquête, soit un taux de retour de 13,2 %

²⁰⁸ A titre de comparaison, le délai moyen d'attente est de 44 jours pour un RDV en gynécologie (avec une médiane à 32 jours et un dernier décile à 93 jours), et de 28 jours pour un chirurgien-dentiste (avec une médiane à 17 jours, et le dernier décile à 67 jours). Source : DREES, « La moitié des rendez-vous sont obtenus en deux jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste », Etude et résultats n°1085, 2018

²⁰⁹ « La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste », DREES, Etudes et résultats n°1085, 2018

[397] Les pédiatres sont actuellement très majoritairement positionnés en premier recours.

[398] Ils jouent très peu de rôle de deuxième recours pour les médecins généralistes, malgré une formation à la médecine de l'enfant beaucoup plus longue et spécialisée. Ces derniers adressent les enfants de manière privilégiée vers les pédiatres hospitaliers, par crainte d'une captation de patientèle par les pédiatres libéraux et, sur certains territoires, par manque de pédiatres libéraux. La coordination entre les deux spécialités reste très rare, comme en témoigne le fait que les pédiatres exercent très peu en MSP ou participent encore peu aux CPTS ou aux projets de création. De fait, les positionnements respectifs des pédiatres et médecins généralistes dans l'offre de soins est peu différencié et, d'après les acteurs concernés, il peut même être concurrentiel sur certains territoires, avec des craintes de captation de patientèle. Par ailleurs, le système est peu lisible pour les parents, qui confondent les rôles des deux acteurs.

[399] Inversement, les pédiatres jouent peu de rôle de recours pour les hôpitaux, notamment pour le suivi des maladies chroniques, aujourd'hui assuré quasi-exclusivement par les établissements hospitaliers, en dépit de la formation spécialisée de certains pédiatres. Ceci est regrettable pour tous les acteurs :

- Les patients, dont la prise en charge peut être retardée, avec un risque d'engorgement des centres hospitaliers sur certaines pathologies, et dont la prise en charge à l'hôpital peut être plus éloignée de leur domicile ;
- Les pédiatres, dont les compétences ne sont pas mises à profit dans une logique de subsidiarité ;
- Les établissements hospitaliers, qui assurent tant le deuxième recours que le troisième recours, sont sursollicités, avec la hausse de la prévalence des maladies chroniques, et ne peuvent se centrer sur leur domaine d'expertise très spécialisé, dans une logique de gradation des soins.

[400] Les pédiatres installés en second recours (surspécialistes installés en libéral dans les grandes villes) témoignent de relations plus fluides avec les médecins généralistes, qui adressent alors naturellement vers les pédiatres surspécialisés.

- Les pédiatres doivent-ils assurer un suivi préventif pour l'ensemble des enfants, ou centrer leur exercice sur les enfants à besoins particuliers (maladies chroniques et complexes, handicap, troubles du développement, troubles du spectre autistique, troubles de l'apprentissage ...) ?

[401] Les pédiatres jouent actuellement un rôle préventif important, comme en témoigne la proportion de consultations préventives beaucoup plus élevée que les médecins généralistes. Pour autant, ils restent peu présents en PMI et extrêmement marginalement en médecine scolaire, qui sont pourtant deux institutions préventives essentielles. De même, les pédiatres exercent relativement peu en établissements médico-sociaux²¹⁰, notamment en CAMSP, où la formation spécialisée des pédiatres est particulièrement utile.

²¹⁰ Le médico-social représente 6 % de l'activité des pédiatres selon la DREES. D'après l'ordre des médecins, 184 pédiatres exercent en CAMSP. L'IGAS recensait 0,30 ETP de pédiatre par CAMSP en moyenne en 2016 (IGAS, Mission relative à l'évaluation du fonctionnement des CAMSP, CMPP et CMP-IJ, septembre 2018, 2018-005R).

1.4 La pédiatrie à l'hôpital connaît une croissance dynamique de ses effectifs mais certains services de pédiatrie de centres hospitaliers sont peu attractifs

[402] En France, plus de 5000 pédiatres travaillent en milieu hospitalier, pour 90 % d'entre eux en établissement public. Ils assurent chaque année, l'accueil des urgences 24h/24 (5,7 millions de passages en 2019), l'examen de tous les nouveau-nés en maternité (750 000 en 2019), la prise en charge diagnostique et thérapeutique des enfants hospitalisés (1,2 millions d'enfants de moins de 18 ans, hors naissances, soit 9 % des patients hospitalisés en MCO) ou accueillis dans les unités de soins de suite et de réadaptation pédiatriques (37 000 enfants en 2019, soit 4 % des patients). Les hospitalisations à domicile concernent 8000 enfants (6 % des patients). Enfin, 50 000 enfants de moins de 18 ans sont hospitalisés en psychiatrie (ce qui représente 12 % des patients, alors que les moins de 18 ans représentent 21,5 % de la population²¹¹)²¹².

[403] Les pédiatres hospitaliers exercent :

- Au sein des centres hospitaliers, permettant de proposer de manière homogène sur le territoire une offre de soins d'urgence, de néonatalogie et une prise en charge des pathologies aiguës et chroniques. Ces centres assurent la prise en charge de deuxième recours pour le suivi de proximité des enfants porteurs de pathologies chroniques, en lien avec les centres experts ;
- Au sein de centres hospitalo-universitaires et d'expertise jouant un rôle de troisième recours, en particulier pour les enfants présentant une maladie chronique et complexe.

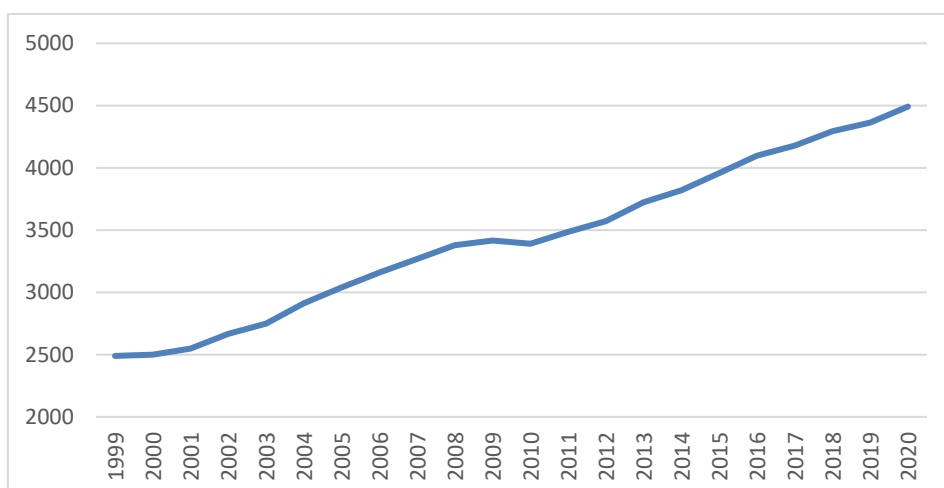
1.4.1 La démographie des pédiatres exerçant à l'hôpital est dynamique

[404] Le nombre de pédiatres exerçant à l'hôpital croît régulièrement depuis 1999. Les effectifs de pédiatres ont progressé de 80 % depuis 1999, et 26 % depuis 2012, soit une croissance annuelle de 3 % par an en moyenne sur la période 2012-2020. A titre de comparaison, le nombre de médecins hospitaliers, toutes spécialités confondues, a progressé de 16 % entre 2012 et 2020.

²¹¹ Données INSEE au 1^{er} janvier 2020, France entière ; Source : Tableau de l'économie française, Insee Références, 2020

²¹² Source des données de ce paragraphe : ATIH, Chiffres clés, données issues du PMSI, 2019

Graphique 21 : Evolution des pédiatres salariés à l'hôpital entre 1999 et 2020



Source : DREES, données Adeli jusqu'en 2011, puis données RPPS jusqu'en 2020

[405] Les pédiatres exercent très majoritairement à l'hôpital public (89 à 90 % d'entre eux), tandis que 10 % pratiquent en établissement privé (lucratif ou non lucratif)²¹³.

[406] Le détail des praticiens par statut est présenté ci-après.

Tableau 16 : Effectifs des pédiatres salariés hospitaliers en 2018, par statut

PH	2 038 ²¹⁴ 215
Praticiens contractuels, praticiens adjoints, praticiens attachés	1 955
Assistants	706
Chefs de clinique	557
Cliniciens hospitaliers	13
PU et MCU	134
Salariés/ contractuels	121

Source : DREES, RPPS

1.4.2 La pédiatrie hospitalière se spécialise en réponse au progrès technique, au développement des maladies chroniques et aux spécificités des maladies rares

[407] Le mouvement de spécialisation croissante de la pédiatrie, comparable à celui des autres spécialités médicales (cf partie 1.1.5) est particulièrement prégnant pour la pédiatrie hospitalière, du fait de son rôle de recours, qui doit se concilier avec un rôle important de pédiatrie polyvalente ou généraliste.

²¹³ Données DREES 2018, SAE : 5032 praticiens hospitaliers, 647 praticiens libéraux

²¹⁴ Ces statistiques sur le nombre de praticiens hospitaliers diffèrent de celles du CNG, qui font état de 2586 PH à la même date, sans comptabiliser ni les praticiens adjoints, ni les assistants, ni les chefs de cliniques.

²¹⁵ Dont 1607 PH temps plein, 425 temps partiel, 6 provisoire

[408] La spécialisation croissante n'est toutefois pas mesurable dans les statistiques publiques à l'heure actuelle, car les sur-spécialistes (neuropédiatres, pneumopédiatres, endocrinopédiatres, ...) ne sont pas identifiés. Seules les surspécialités qui font l'objet d'options et de FST dans le cadre du nouveau DES de pédiatrie le seront à compter de 2022.

[409] Une enquête réalisée en 2018 auprès de services hospitaliers (CHU et CH) de pédiatrie de 4 régions²¹⁶ indique toutefois que 98 % des services interrogés disposent de pédiatres spécialisés. Les spécialités les plus fréquentes sont la pneumologie (34 services sur 56 interrogés), la diabétologie (33 services sur 56), la neurologie, l'allergologie, l'onco-hématologie (respectivement 29 services sur 56). La moyenne et la médiane des spécialités présentes dans les services est de 5 surspécialités.

[410] La structuration des services de pédiatrie du CHU Marseille et de celui du CH de Toulon (détaillées dans les tableaux pages suivantes) montrent une proportion de 80 % de pédiatres surspécialistes à Marseille et 45 % à Toulon.

[411] Toutefois, l'exercice d'une surspécialité est rarement exclusif : la grande majorité des pédiatres spécialisés (à l'exception de la néonatalogie) conservent un exercice de pédiatrie générale, notamment à travers les gardes aux urgences pédiatriques. En particulier, les spécialistes exerçant en centre hospitalier conservent une activité importante de pédiatrie générale.

Tableau 17 : Structuration du service de pédiatrie générale au centre hospitalier de Toulon en 2021

Structuration du service de pédiatrie générale polyvalente du CH de Toulon	Données d'activité 2019 du service
11 pédiatres dont 5 ont des surspécialités (neuropédiatre, gastropédiatre, néphropédiatre, endocrinopédiatre, rhumatopédiatre) 3 assistants partagés, 2 médecins d'urgence	Urgences : 27 216 passages Nombre de séjours : 2358 Nombre de séances d'HDJ : 383 Nombre de consultations : 3714

Source : Service de pédiatrie du CH de Toulon

²¹⁶ L'enquête a été réalisée par les services de pédiatrie du CHU de Nantes, du CHU La Timone à Marseille et du CHU Necker à Paris, auprès des services de pédiatrie des hôpitaux de 4 régions françaises (Bretagne, Ile-de-France, Pays-de-la-Loire et PACA). Les services d'urgences pédiatriques, de chirurgie pédiatrique, de soins intensifs et de réanimation, de néonatalogie et de soins de suite ont été exclus de l'enquête. Le taux de réponse de l'enquête est de 50 % (31 % en Bretagne, 43 % en PACA, 49 % en Ile-de-France et 77 % en Pays de la Loire).

Tableau 18 : Structuration du pôle de pédiatrie médicochirurgicale (hors néonatalogie) de Marseille en 2021

Structuration du pôle de pédiatrie médicochirurgicale (hors néonatalogie) du CHU Marseille						
Au total, 24 universitaires (professeurs des universités, PU, et maîtres de conférence des universités, MCU) et 74 PH (praticiens hospitaliers)						
Pédiatrie médicale		Chirurgie pédiatrique		Pédopsychiatrie de liaison	Médecine physique et de réadaptation (MPR)	Odontologie pédiatrique
Pédiatrie générale :	0 U, 6 PH					
Urgences :	6 PH	Orthopédie pédiatrique	3 U, 4 PH,			
Neurométabolisme pédiatrique	2 U, 11 PH	Chirurgie viscérale	3 U, 4 PH			
Pneumopédiatrie	1 U, 3 PH	ORL pédiatrique	2 U, 8 PH			
Hémato-oncopédiatrie	5 U, 8 PH	Neurochirurgie pédiatrique	1 U 2 PH	1 PH	1PH	1 U, 1PH
Néphropédiatrie	1 U, 4 PH	Chirurgie cardiaque pédiatrique	2 U, 1 PH			
Gastropédiatrie	1 U, 2 PH	Chirurgie plastique	2 PH			
Endocrinopédiatrie	1 U, 3 PH					
Cardiopédiatrie	1 U, 6 PH					
Données d'activité 2019 du pôle						
Urgences : 78.000 passages ; Consultations : 150.000 ; Nombre de séjour en HC 17.000 ; Nombre de séances HDJ : 16.000						

Source : Service de pédiatrie du CHU de Marseille

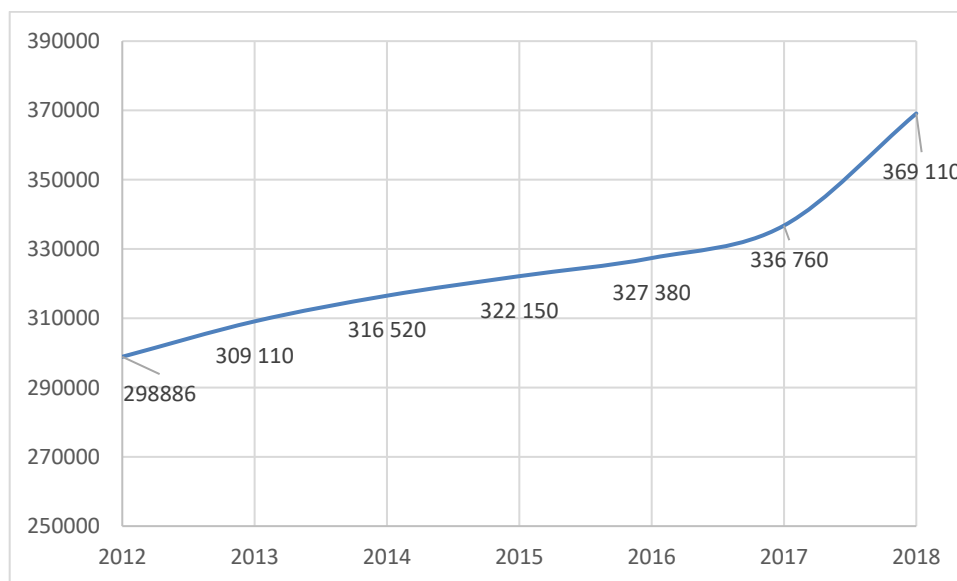
[412] La spécialisation des pédiatres répond notamment à plusieurs enjeux de santé publique :

- Le progrès technique médical, qui incite à la spécialisation ;
- La prise en charge des maladies rares, qui concernent dans la moitié des cas des enfants de moins de 5 ans²¹⁷, et se structure autour de 155 centres de référence ; les services de spécialités pédiatriques représentent ainsi 40 % des centres de référence pour les maladies rares sur 388 centres de référence²¹⁸ ;
- La croissance des maladies chroniques chez les enfants. Le nombre d'enfants de moins de 15 ans ayant une affection de longue durée a progressé de 23 % depuis 2012.

²¹⁷ Source des données DGOS (site internet du ministère)

²¹⁸ Données DGOS sur les centres de référence maladies rares

Graphique 22 : Evolution du nombre d'enfants de moins de 15 ans atteints d'une affection de longue durée (ALD) entre 2012 et 2018



Source : Assurance maladie

[413] Le détail des affections de longue durée est présentée dans le tableau page suivante.

[414] La hausse est particulièrement élevée pour les maladies psychiatriques (+14 % entre 2015 et 2018), qui intègrent les troubles neurodéveloppementaux, le diabète de type 1 ou 2 (+ 13 %), les affections neurologiques (+7 %), les insuffisances respiratoires (+5 %), les maladies métaboliques (+6 %) ; en revanche, les insuffisances cardiaques et maladies cardiaques diminuent (-2 %).

Tableau 19 : Répartition des affections de longue durée (ALD) des enfants de moins de 15 ans, 2018

DOMAINE	Affection de longue durée (pathologie)	Nb d'enfants - de 15 ans		Part de l'ALD au sein des ALD de l'enfant
CARDIOLOGIE	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	480	22 850	6 %
	Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves	21 630		
	Hypertension artérielle sévère	70		
	Maladie coronaire	670		
ENDOCRINOLOGIE	Diabète de type 1 et diabète de type 2	14 050	14 050	4 %
GASTRO-ENTEROLOGIE	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	1 250	2 890	1 %
	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	1 640		
ONCO - HEMATOLOGIE	Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	980	2 4530	7 %
	Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères	6 840		
	Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	2 680		
	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	10 320		
	Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH)	3 710		
INFECTIEUX	Tuberculose active, lèpre	680	680	0,2 %
NEPHROLOGIE	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	5 290	5 290	1 %
NEUROLOGIE ET PEDOPSYCHIATRIE TROUBLES DU NEURO-DEVELOPPEMENT	Accident vasculaire cérébral invalidant	4 370	130 940	35 %
	Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	30 790		
	Maladie d'Alzheimer et autres démences	80		
	Maladie de Parkinson	10		
	Sclérose en plaques	50		
	Paraplégie	1 010		
	Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé	10 080		
	Affections psychiatriques de longue durée	84 550		
ORTHOPEDIE - RHUMATOLOGIE	Polyarthrite rhumatoïde évolutive	2 330	11 370	3 %
	Scoliose idiopathique structurale évolutive jusqu'à maturation rachidienne	7 710		
	Spondylarthrite grave	380		
	Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique	950		
PNEUMOLOGIE	Insuffisance respiratoire chronique grave	24 790	27 100	7 %
	Mucoviscidose	2 310		
DIVERS	Suites de transplantation d'organe	380	136 340	36 %
	Cause médicale non précisée	34 990		
	Hors liste grave caractérisée	100 970		

Lecture : 6 % des enfants en ALD présentent une ALD du domaine de la cardiologie - un même patient peut présenter plusieurs ALD, c'est pourquoi la somme des ALD diffère du total de patients présentées auparavant.

Source : Données CNAM

1.4.3 Le nombre de séjours en hospitalisation complète des moins de 18 ans diminue mais les hospitalisations partielles augmentent

[415] Les données présentées ci-dessous concernent l'ensemble des hospitalisations des enfants et adolescents de moins de 18 ans (y compris les naissances) - elles ne concernent pas uniquement les services de pédiatrie ou de chirurgie pédiatrique. Même si les données présentées intègrent l'année 2020, l'analyse des tendances est réalisée pour la période 2014-2020, compte-tenu de l'impact de l'épidémie de COVID en 2020.

[416] Le nombre de séjours en hospitalisation complète des enfants et adolescents de moins de 18 ans diminue de 8 % entre 2014 et 2019. A l'inverse, l'hospitalisation partielle connaît une croissance dynamique (+5 % entre 2014 et 2019), mais inférieure à celle de l'hospitalisation partielle pour l'ensemble de patients (+20 % sur la période).

[417] Dans l'ensemble, le nombre de séjours diminue de 4 % entre 2014 et 2019, soit une évolution comparable à l'évolution de la population (la population des moins de 15 ans a diminué de 3,1 % sur la même période).

Tableau 20 : Evolution du nombre de séjours en hospitalisation complète et en hospitalisation partielle entre 2014 et 2020, pour les moins de 18 ans et pour l'ensemble de la population

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Evolution 2014/2019
Total								
Tous âges	17 891 455	18 074 235	18 538 929	18 583 455	18 716 986	18 924 983	16 718 926	6 %
dont < 18 ans	2 484 170	2 459 284	2 463 007	2 429 882	2 400 972	2 390 160	2 013 208	-4 %
% < 18 ans	13,9 %	13,6 %	13,3 %	13,1 %	12,8 %	12,6 %	12,0 %	
Hospitalisation complète								
Tous âges	10 928 469	10 867 845	10 882 900	10 764 339	10 666 111	10 574 005	9 343 467	-3 %
dont < 18 ans	1 659 099	1 633 834	1 611 863	1 581 089	1 549 518	1 527 410	1 331 853	-8 %
dont < 18 ans	15,2 %	15,0 %	14,8 %	14,7 %	14,5 %	14,4 %	14,3 %	
Hospitalisation partielle								
Tous âges	6 962 986	7 206 390	7 656 029	7 819 116	8 050 875	8 350 978	7 375 459	20 %
dont < 18 ans	825 071	825 450	851 144	848 793	851 454	862 750	681 355	5 %
dont < 18 ans	11,8 %	11,5 %	11,1 %	10,9 %	10,6 %	10,3 %	9,2 %	

Source : PMSI-ATIH MCO, HAD et SSR 2019 (pour MCO incluant lamda) et 2020 (bases non scellées) - traitements DGOS/SR5

Précisions sur le périmètre des données : Les séjours classés en erreur, les séances et les prestations inter-établissement sont exclus ; Les séjours avec un numéro de patient incorrect sont pris en compte ; L'hospitalisation complète correspond aux séjours sans nuitée.

[418] L'activité des **services de soins de suite et de réadaptation** des moins de 18 ans représente environ 1 000 000 journées en 2019. L'activité diminue notablement depuis 2014 (-10 %), alors que l'activité SSR pour l'ensemble de la population est stable (+1 % sur la période). De nouveaux types de prises en charge en SSR se développent en hospitalisation partielle (troubles des apprentissages, polyhandicap).

Tableau 21 : Evolution du nombre de journées de SSR entre 2014 et 2020, pour les moins de 18 ans et pour l'ensemble de la population

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Evolution 2014-2019
Tous âges	36 811 307	37 981 833	37 873 090	37 445 656	37 515 866	37 316 235	32 671 001	1 %
dont < 18 ans	1 249 376	1 249 296	1 226 919	1 180 726	1 167 425	1 122 303	899 600	-10 %
dont < 18 ans	3,4 %	3,3 %	3,2 %	3,2 %	3,1 %	3,0 %	2,8 %	

Source : PMSI-ATIH MCO, HAD et SSR 2019 (pour MCO incluant lamda) et 2020 (bases non scellées) - traitements DGOS/SR5

Précisions sur le périmètre : Seuls les résumés hebdomadaires qui ont eu lieu l'année N sont pris en compte ; Les séquences classées en erreur sont exclues ; - Si un patient a changé d'âge au cours de son séjour, l'âge le moins élevé a été retenu.

[419] L'hospitalisation à domicile (HAD) pédiatrique permet l'organisation au domicile de soins techniques pour des enfants (notamment de soins palliatifs), la surveillance des enfants et l'accompagnement des parents (éducation aux soins, aide à la parentalité, gestion de la douleur). En 2020, cette activité représentait environ 300 000 journées, soit 4,6 % de l'activité totale des HAD (détail des données dans le tableau ci-après). L'hospitalisation à domicile connaît une évolution très dynamique, en particulier pour les moins de 18 ans : le nombre de séjours en HAD des moins de 18 ans a augmenté de 42 % entre 2014 et 2019 (contre 35 % pour la population dans son ensemble).

[420] 60 % de l'activité pédiatrique d'HAD concerne des enfants de moins de 4 ans²¹⁹. En 2017, plus de la moitié des séjours pédiatriques en HAD correspondaient à des pathologies périnatales (32 %) ou malignes (20 %). La répartition des équipes d'HAD pédiatriques est inégale sur le territoire : il existe 19 HAD pédiatriques polyvalentes ou spécialisées sur 8 régions en métropole et 2 en départements et régions d'Outre-Mer. Une meilleure couverture territoriale de l'HAD constitue un enjeu important pour favoriser la prise en charge à domicile de tous les enfants quand cela est possible.

Tableau 22 : Nombre de journées en HAD entre 2014 et 2019 pour les moins de 18 ans et l'ensemble de la population

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Evolution 2014-2019
Tous âges	4 439 494	4 629 254	4 877 563	5 167 142	5 570 659	5 971 544	6 618 204	35 %
dont < 18 ans	198 336	208 152	226 479	243 729	265 523	281 100	301 747	42 %
dont < 18 ans	4,5 %	4,5 %	4,6 %	4,7 %	4,8 %	4,7 %	4,6 %	

Source : PMSI-ATIH MCO, HAD et SSR 2019 (pour MCO incluant lamda) et 2020 (bases non scellées) - traitements DGOS/SR5

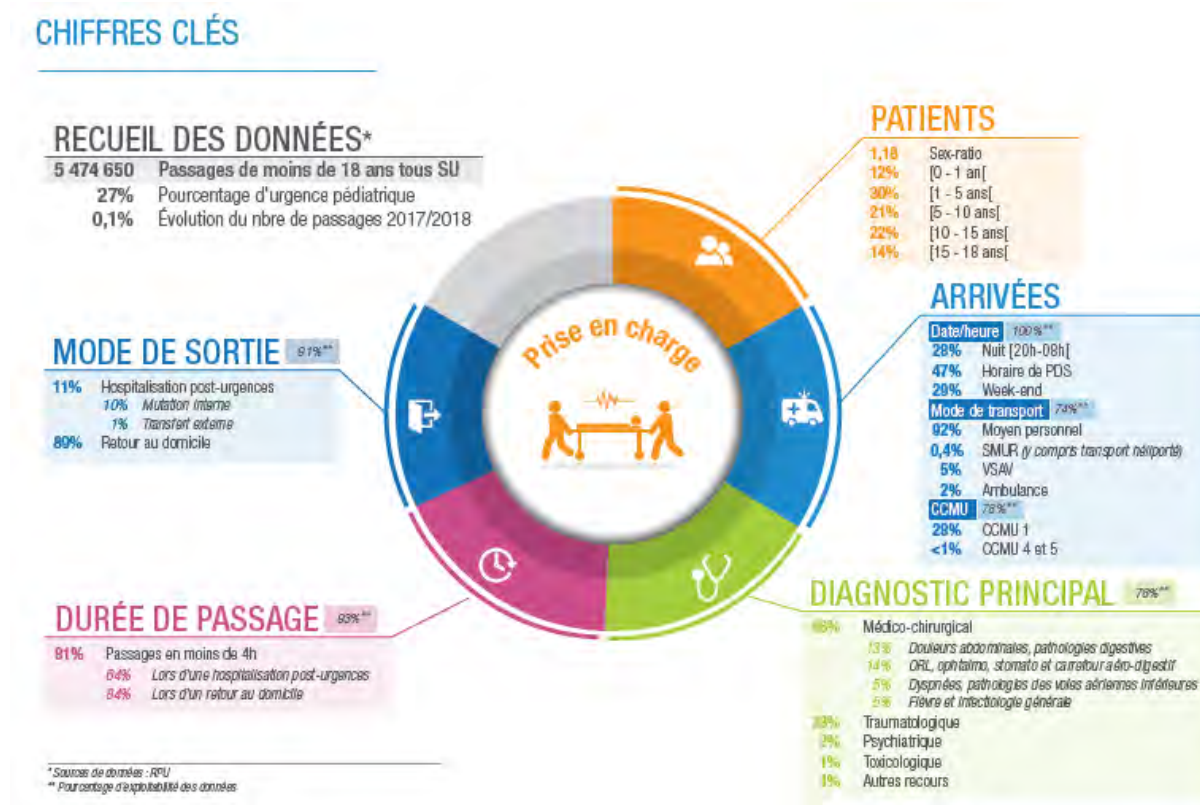
²¹⁹ Perfectionnement en Pédiatrie, Benzaqui et al, 2019 ; 2 : 143-151

1.4.4 Les passages aux urgences des enfants augmentent de manière dynamique, sans être toujours justifiés

1.4.4.1 Une tendance à la hausse du recours aux urgences pour les enfants, sauf pendant l'épidémie de COVID

[421] En 2019, on dénombrait 5,7 millions de passages aux urgences pour les moins de 18 ans, dont 41 % dans les 81 services d'urgence pédiatrique (situés à 95 % dans les établissements publics). Le recours aux urgences hospitalières est important pour les enfants : d'après la DREES, les enfants de moins de 15 ans représentent 27 % de l'ensemble des passages aux urgences, alors qu'ils représentent 19 % de la population. Il est particulièrement élevé pour les enfants de moins de deux ans, qui comptent pour 6 % des passages aux urgences, contre 2 % de la population.

Schéma 2 : Chiffres-clés des urgences pédiatriques en 2018



Source : Fédération des observatoires régionaux des urgences (FEDORU)

[422] Le recours aux urgences des enfants et adolescents augmente (+13 % de passages aux urgences des moins de 18 ans entre 2013 et 2019²²⁰, soit une croissance annuelle de 2,1 %), alors que la population des enfants et adolescents diminue (-3 % sur la même période²²¹). Toutefois, la croissance est très différenciée entre l'accueil des enfants en services d'urgences générales, qui augmente nettement (+13 % de passages aux urgences des moins de 18 ans entre 2013 et 2019²²², soit une croissance annuelle de 2,1 %), et les passages en urgences pédiatriques, qui stagnent (-1 %). La

²²⁰ Données SAE pour les passages aux urgences ; données INSEE pour la population

²²¹ Il s'agit ici de la population des moins de 15 ans (alors que les passages aux urgences concernent les moins de 18 ans).

²²² Données SAE pour les passages aux urgences ; données INSEE pour la population

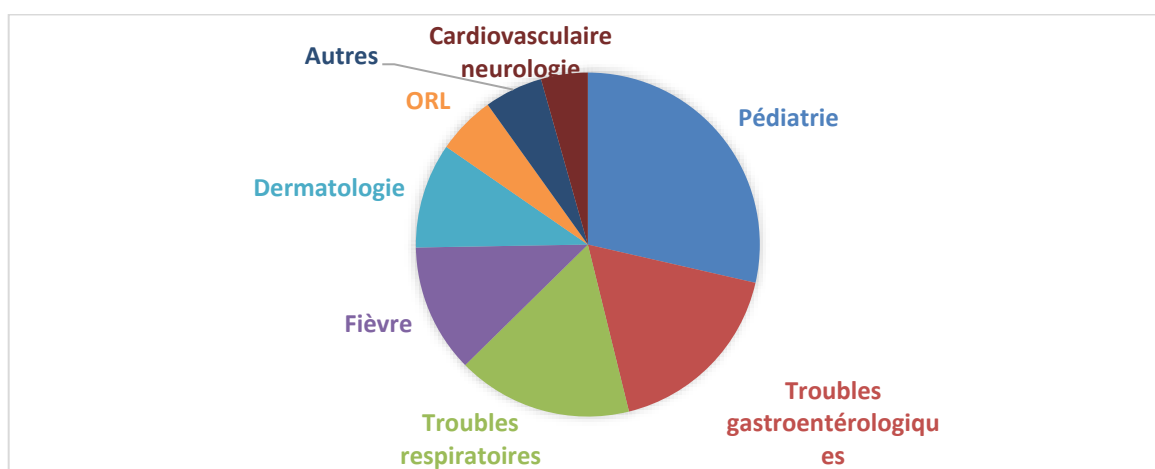
diminution de la natalité depuis 2015, et la baisse du nombre d'enfants en bas âge, qui constituent une part très élevée des urgences pédiatriques (les moins de deux ans représentent 30 % des passages aux urgences des urgences pédiatriques, contre 15 % des passages concernant les enfants dans les points d'accueil généraux), pourrait expliquer l'évolution spécifique des urgences pédiatriques.

[423] En 2020, une diminution spectaculaire des passages aux urgences des enfants et adolescents a été constatée, dans le contexte de la pandémie de COVID (-70 % de passages aux urgences lors du premier confinement au printemps et -45 % d'hospitalisations à la suite d'un passage aux urgences). Cette diminution drastique est liée au recul des infections, de l'ordre de 70 % pour les gastroentérites, les rhinites et les otites, et de l'ordre de 2/3 pour la bronchiolite²²³. Les pédiatres rencontrés par la mission évoquent également une baisse sensible des recours non justifiés aux urgences depuis le début de l'épidémie. Toutefois, depuis la fin 2020, une hausse des passages aux urgences des enfants et des adolescents pour des motifs de santé mentale est enregistrée.

1.4.4.2 Des motifs de recours aux urgences spécifiques pour les nourrissons

[424] Les motifs de recours diffèrent selon l'âge de l'enfant : pour les enfants de plus de 5 ans, les passages aux urgences sont principalement motivés par la traumatologie (60 %), alors que celle-ci est à l'origine de seulement 9 % des passages pour les moins de 6 mois. Pour les nourrissons, les principaux motifs de recours sont les troubles gastroentérologiques et respiratoires (31 %), et des troubles divers (pédiatrie, fièvre, pleurs, fatigue...) (39 %).

Graphique 23 : Motifs de recours aux urgences des enfants de moins de six mois en 2013



[425]

Autres : (altération de l'état général, fatigue, sutures, pansements...)

Source : Données DREES (Etudes et résultats n°1128, 2019)

[426] Les enfants de moins de six mois se distinguent aussi par l'importance des démarches auprès d'un médecin précédant le passage aux urgences (38 % des nourrissons, contre 21 % pour les 10-14 ans). Le recours aux urgences peut avoir été conseillé par le médecin, mais il peut aussi s'expliquer par l'inquiétude parentale et le besoin d'un deuxième avis médical.

²²³ COVID 19 Pandemic : Impact caused by school closure and national lockdown on pediatric visits and admissions for viral and non-viral infections, a time series analysis ; ANGOUUVANT et al, Oxford University Press for the infectious diseases society of America ; 2020

1.4.4.3 Une proportion importante de consultations non justifiées aux urgences

[427] Une faible proportion des passages aux urgences des enfants et adolescents conduit à une hospitalisation : 9 % des patients de 6 mois à 14 ans sont hospitalisés (contre 17 % pour les 15-74 ans). Elle est plus élevée pour les nourrissons (25 %)²²⁴. Plus de la moitié des enfants accueillis aux urgences ne requièrent aucun examen complémentaire.

[428] Une part importante des recours aux urgences, en particulier pour les enfants les plus jeunes, relève de consultations non justifiées aux urgences. Elle concerne 15 à 20 % de l'ensemble des enfants, mais elle est plus élevée pour les urgences pédiatriques, qui accueillent principalement de jeunes enfants, pour lesquels elle peut être évaluée à près de 30 %²²⁵. Les travaux de la DREES²²⁶ sur les motifs de recours aux urgences, qui sont toutefois anciens (2003), montrent que les parents des nourrissons invoquent davantage le sentiment d'urgence et de gravité dans leurs motivations, ainsi que l'existence d'un traitement antérieur sans amélioration, ou l'absence de médecin traitant. Selon la DREES, ces motivations dénotent une certaine inquiétude et le besoin des parents d'accéder à une consultation de pédiatrie, alors que les nourrissons ont rarement besoin d'être hospitalisés et qu'ils arrivent aux urgences fréquemment dans la soirée, à l'heure où les médecins ne sont plus forcément disponibles.

[429] Ceci coïncide avec les témoignages des pédiatres hospitaliers, qui soulignent le recours croissant des parents aux urgences pour des motifs inadaptés, parce qu'ils ne parviennent pas à trouver des consultations pour des soins non programmés en ville ou parce qu'ils apprécient mal l'urgence de la situation. Pour les nourrissons, les motifs de puériculture (problématiques de problèmes digestifs, de pleurs inexplicables...) conduisant à un recours aux urgences sont importants, en particulier lorsqu'il s'agit d'un premier né. La nécessité d'un renforcement de l'éducation à la santé et de l'accompagnement des jeunes parents est pointée, d'autant plus que les durées d'hospitalisation après la naissance de l'enfant se sont réduites. Une enquête menée par la CNAF en 2016²²⁷ souligne en effet que la santé des enfants (alimentation, sommeil, maladie) est perçue par une difficulté par les jeunes parents, et que le besoin de réassurance des parents est important.

1.4.5 L'attractivité de la pédiatrie hospitalière tend à diminuer, en particulier dans les centres hospitaliers, en raison du poids de la permanence des soins

1.4.5.1 Une attractivité qui diminue globalement, notamment du fait de la charge de continuité des soins et de permanence des soins pour les pédiatres

[430] La pédiatrie hospitalière reste globalement attractive, mais, d'après les interlocuteurs de la mission, cette attractivité diminue. Ainsi, le taux de vacance statutaire des praticiens hospitaliers en pédiatrie a progressé de 5 points entre 2009 et 2021, passant de 19,8 % à 24,8 %²²⁸, même s'il reste

²²⁴ L'analyse de la DREES montre toutefois qu'en définitive, en tenant compte des caractéristiques des patients et des prises en charge (diagnostic, examens complémentaires pratiqués, catégorie d'établissement, distance entre la résidence du patient et le service des urgences), la probabilité d'être hospitalisé est 1,5 fois plus élevée pour les enfants entre 6 mois et 14 ans que celle des 15-74 ans.

²²⁵ D'après le SAE, 17 % des urgences des enfants et adolescents de moins de 18 ans sont classés en CCMU1, c'est-à-dire qu'ils ne nécessitent pas d'examen complémentaires, et relèvent d'un examen clinique simple ; ce taux s'élève à 28 % pour les passages aux urgences pédiatriques, qui concernent des enfants plus jeunes (54 % de moins de 5 ans).

²²⁶ « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », DREES, Etudes et résultats n°215, 2003

²²⁷ « Accompagner les parents dans leur travail éducatif et de soin : Etat de la question en vue d'identifier le rôle de l'action publique », C. Martin et al, 2017

²²⁸ Ces données de taux de vacance statutaire sont à interpréter avec précaution. Les postes vacants peuvent être occupés par des praticiens contractuels, le taux de vacance statutaire n'est donc pas le taux de vacance réel. Source : CNG

inférieur à la moyenne des spécialités médicales²²⁹. Le nombre de démissions est également en hausse : alors que le CNG recensait 77 démissions de PH sur la période 2011-2015, elles étaient 93 sur la période 2016-2020, soit une hausse de 21 %, supérieure à celle de l'ensemble des spécialités (+16 %).

[431] La charge de continuité des soins et de permanence des soins, qui est élevée pour les pédiatres hospitaliers (gardes aux urgences pédiatriques qui peuvent être complétées par les astreintes dans les services de surspécialité en CHU et les gardes en maternité en CH), est fréquemment invoquée comme une des principales causes du déclin de l'attractivité de la pédiatrie. La sollicitation croissante des urgences pédiatriques par les parents, sans que ce recours ne soit toujours justifié médicalement, est également avancée par les pédiatres pour expliquer la perte d'attractivité des postes de pédiatrie en centres hospitaliers (et plus généralement de la pédiatrie).

[432] Les pédiatres hospitaliers soulignent aussi les difficultés suscitées par la saisonnalité marquée de l'activité, liées aux épidémies hivernales, qui accroissent les besoins en termes de lits et de personnels notamment paramédicaux. Celles-ci ont aussi été mises en lumière lors de la crise des services de réanimation pédiatrique en Ile-de-France fin 2019²³⁰.

1.4.5.2 La diminution de l'attractivité des centres hospitaliers auprès des jeunes pédiatres est jugée particulièrement préoccupante par les pédiatres

[433] D'une part, l'attractivité de ces services auprès des jeunes pédiatres est moins forte que celle des services de CHU, dans lesquels l'exercice exclusif de la pédiatrie spécialisée est plus fréquent. Or de nombreux jeunes sont formés à une surspécialité et souhaitent poursuivre leur exercice en ce sens, même si la place de la pédiatrie générale reste importante dans la formation.

[434] D'autre part, la taille des équipes est bien plus réduite dans les CH, ce qui augmente la charge de la continuité des soins et de la permanence des soins auprès des équipes qui, en deçà d'une certaine taille critique, peinent d'autant plus à recruter. Selon les données du CNG (qui ne portent que sur les PH titulaires), les services de CH comptent 5,2 PH en moyenne en 2021.

[435] Les données présentées ci-dessous, issues d'une enquête de 2018 (auprès de services de pédiatrie de CHU et CH), détaillent les effectifs moyens et médians de l'ensemble des praticiens et des internes. La taille médiane des équipes est de 8 personnes (hors internes) : ainsi, 50 % des équipes comprennent moins de 8 effectifs, ce qui témoigne du poids de la permanence des soins reposant sur ces équipes, et de leur fragilité relative.

²²⁹ Le taux de vacance statutaire des postes des praticiens hospitaliers à temps plein, pour l'ensemble des spécialités médicales, était de 29,1 % en 2019.

²³⁰ Le manque de lits en réanimation pédiatrique provoqué par l'épidémie de bronchiolite était notamment lié au manque de personnel paramédical formé à ces soins très complexes. Source : « Réanimation pédiatrique en Ile-de-France : note de conclusion de la mission flash », IGAS, 2019

Tableau 23 : Effectifs de personnel médical dans les services de pédiatrie en 2018

	Médiane	Moyenne	Min-Max	Nb de services répondants
PU-PH / MCU-PH	0	0.9	0-4	50
PH titulaires	4	5.1	1-15	51
Praticiens non titulaires (contractuels et attachés)	2	2.7	0-11	44
Chefs de clinique	1	1.1	0-4	41
Assistants	1	1.7	0-8	46
Internes en pédiatrie	3	2.9	0-8	49
Internes en médecine générale	3	3.4	0-10	50
Pedopsychiatres	0	0.8	0-5	41

Source : Enquête réalisée par 4 CHU dans les services de pédiatrie de 4 régions²³¹

[436] Les données qualitatives transmises par le CNG²³², émanant d'un bilan de leur dispositif d'accompagnement (22 pédiatres accompagnés depuis 2008), confirment l'importance du « stress lié à la charge de travail dans certaines structures, aggravé dans certains établissements par le fait que tous les postes de pédiatres ne sont pas pourvus », ainsi que le poids « des gardes répétées et épuisantes notamment lorsque les équipes sont incomplètes ».

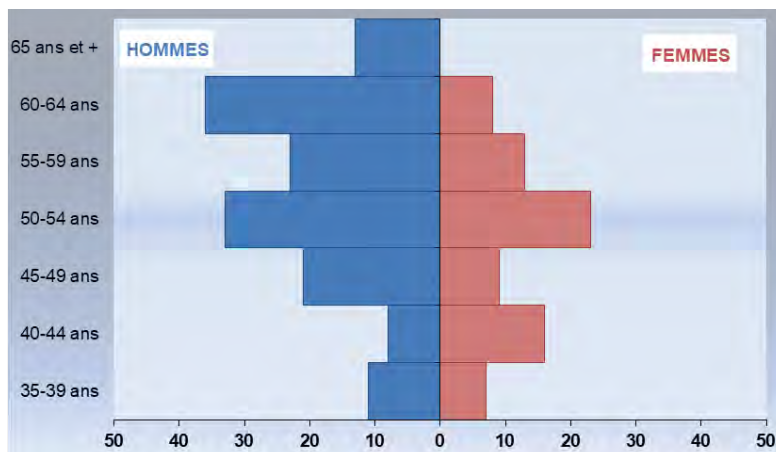
1.4.6 La France compte 221 personnels hospitalo-universitaires de pédiatrie

[437] En 2021, le CNG dénombre 221 personnels hospitaliers universitaires en pédiatrie jouant un rôle prépondérant en matière de recherche et d'enseignement : 181 PU-PH et 40 MCU-PH. Les PU-PH sont âgés de 55,2 ans en moyenne, et 28 % d'entre eux sont des femmes ; les MCU-PH sont âgés de 42,8 ans en moyenne, et 2/3 d'entre eux sont des femmes.

²³¹ L'enquête a été réalisée par les services de pédiatrie du CHU de Nantes, du CHU La Timone à Marseille et du CHU Necker à Paris, auprès des services de pédiatrie des hôpitaux de 4 régions françaises (Bretagne, Ile-de-France, Pays-de-la-Loire et PACA). Les services d'urgences pédiatriques, de chirurgie pédiatrique, de soins intensifs et de réanimation, de néonatalogie et de soins de suite ont été exclus de l'enquête. Le taux de réponse de l'enquête est de 50 % (31 % en Bretagne, 43 % en PACA, 49 % en Ile-de-France et 77 % en Pays de la Loire).

²³² Données sur les accompagnements de PH pédiatres depuis 2008 en réponse aux demandes de l'IGAS – cette analyse porte sur la situation de 22 PH pédiatres accompagnés depuis 2008.

Graphique 24 : Pyramide des âges des personnels hospitaliers universitaires (PUPH + MCU PH) en pédiatrie au 1^{er} janvier 2021



Source : CNG

Tableau 24 : Répartition des personnels hospitalo-universitaires de pédiatrie par CHU en 2021

CHU Amiens	3
CHU Angers	4
CHU Besançon	2
CHU Bordeaux	7
CHU Brest	2
CHU Caen	3
CHU Clermont-Ferrand	4
CHU Dijon	1
CHU Grenoble	4
CHU Lille	9
CHU Limoges	2
CHU Lyon	15
CHU Marseille	13
CHU Montpellier	5
CHU Nancy	6
CHU Nantes	4
CHU Nice	3
CHU Nîmes	1
CHU Paris	93
CHU Pointe-à-Pitre - Les Abymes	1
CHU Poitiers	2
CHU Reims	3
CHU Rennes	3
CHU Réunion	1
CHU Rouen	4
CHU Saint-Etienne	2
CHU Strasbourg	7
CHU Toulouse	11
CHU Tours	6
Ensemble	221

Source : CNG

1.4.7 L'activité de recherche en pédiatrie est dynamique

[438] La pédiatrie occupe une place importante dans les publications scientifiques. Ainsi, la pédiatrie représentait en 2014 9 % de la totalité des publications recensées par le SIGAPS²³³, et 50 % des pédiatres avaient publié plus de 5 articles par an (la médiane s'élevant à 1 publication pour l'ensemble des disciplines). L'activité de recherche en pédiatrie est soutenue depuis le début de

²³³ SIGAPS : système d'interrogation, de gestion et d'analyses des publications scientifiques, qui recense les publications pour 60 spécialités médicales. L'analyse porte sur 4 ans.

Source : « Quelle production SIGAPS pour la pédiatrie ? » P Devos, R Hankard, Arch De Pédiatrie 2014.21 :325-328

l'épidémie COVID (par exemple avec la plateforme covireivac sur la recherche vaccinale chez les enfants).

[439] Plusieurs structures promeuvent la recherche en pédiatrie, telles que le réseau PEDSTART²³⁴, la société francophone de recherche en pédiatrie²³⁵, et l'association ACTIV²³⁶. Un comité d'interface entre l'INSERM et la société de pédiatrie existe également depuis 1988 (comme pour 4 autres spécialités médicales), avec un rôle de veille scientifique, d'organisation de colloques et de promotion de la formation à la recherche.

[440] Par ailleurs, la recherche en pharmacologie reste un enjeu fort pour la population pédiatrique : les prescriptions hors AMM restent toujours très fréquentes chez l'enfant et 37,6 % des enfants français de moins de 16 ans ont été exposés à au moins une prescription hors autorisation de mise sur le marché²³⁷. La poursuite et le développement des cohortes (telles que la cohorte ELFE²³⁸ et la cohorte EPIPAGE²³⁹) constitue également une priorité pour la recherche en pédiatrie.

²³⁴ PEDSTART est un réseau national d'investigation clinique pédiatrique pluri thématique constitué de 19 centres d'investigation clinique (CIC) pédiatrique, qui participe aux instances européennes de la recherche chez les enfants (tel que PedCRIN). Il contribue au projet Conect4children (Collaborative network for European clinical trials for children) sur le développement du médicament et essais thérapeutiques.

²³⁵ La société Francophone de recherche en Pédiatrie favorise le développement de toutes les activités de recherche biologique et/ou clinique en pédiatrie. Elle édite un annuaire d'environ 150 laboratoires de recherche Inserm, CNRS, INRA dirigés par des pédiatres ou accueillant des pédiatres

²³⁶ ACTIV est une association clinique et thérapeutique infantile du Val de Marne, créée en 1988, qui propose une interface entre les laboratoires et des investigateurs pédiatres en ambulatoire, en collaboration avec l'AFPA, des pédiatres hospitaliers, et le groupe de pathologie infectieuse pédiatrique de la société française de pédiatrie. ACTIV anime des réseaux de surveillance nationaux (méningites, pneumonies ...), promeut des études sur des tests cliniques, et est très dynamique depuis le début de l'épidémie COVID, permettant de nombreuses publications.

²³⁷ « **Off-label prescribing in pediatric outpatients** », PALMARO et al. *Pediatrics*. 2015 ;135 :49-58 – **L'enquête portait sur les prescriptions des médecins généralistes.**

²³⁸ La cohorte ELFE (INED-INSERM-EFS) suit plus de 18 000 enfants nés en France métropolitaine en 2011, de leur naissance à l'âge adulte, sur une durée de vingt ans. Elle aborde les multiples aspects de leur vie sous l'angle des sciences sociales, de la santé et de l'environnement. Plus de 150 chercheurs collaborent à l'étude Elfe et portent plus de 80 projets de recherche.

²³⁹ EPIPAGE 2 (étude épidémiologique sur les petits âges gestationnels) est une étude nationale pour mieux connaître le devenir des enfants prématurés. Elle a été lancée en 2011 par EPOPé (recherche en épidémiologie périnatale, obstétricale et pédiatrique), l'INSERM et les équipes médicales de santé publique et de recherche de 25 régions françaises. Elle permet le suivi de 7800 enfants depuis la naissance, dans 21 régions.

2 La chirurgie pédiatrique

[441] La chirurgie pédiatrique constitue, avec la pédiatrie, une des disciplines centrées sur la prise en charge des enfants. Elle englobe deux spécialités, l'orthopédie-traumatologie pédiatrique et la chirurgie viscérale et urologique. Hormis dans les grands centres, les autres chirurgies de l'enfant (ORL, cardiaque, plastique, neurochirurgie ...) sont effectuées à partir des disciplines d'adulte par des chirurgiens dont l'exercice pédiatrique est une partie de leur activité.

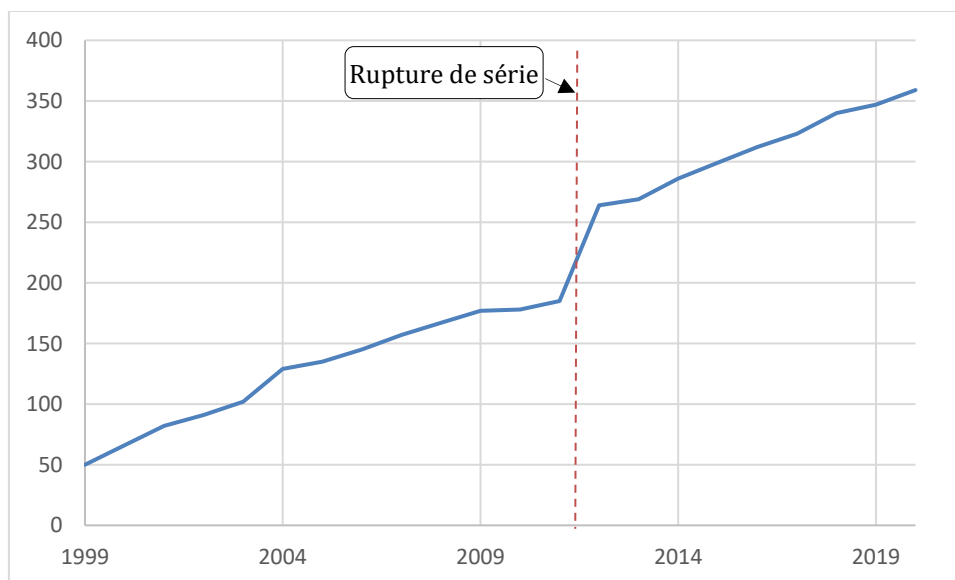
2.1 La démographie des chirurgiens pédiatres est dynamique mais leur âge moyen augmente

2.1.1 Les effectifs de chirurgiens pédiatres progressent de manière dynamique (+36 % depuis 2012)

[442] En 2020, 359 chirurgiens-pédiatres exercent en France, ce qui représente 2,2 % de l'ensemble des chirurgiens. Les statistiques ne permettent pas de distinguer la chirurgie pédiatrique orthopédique de la chirurgie pédiatrique viscérale.

[443] Entre 2012 et 2020, les effectifs de chirurgiens pédiatres ont progressé de 36 %, soit une croissance de 4 % par an. Sur la même période, les effectifs de chirurgiens dans leur ensemble ont augmenté de 13 %. La progression des effectifs de chirurgiens pédiatres est continue depuis 30 ans, comme en atteste le graphique ci-dessous.

Graphique 25 : Evolution des effectifs de chirurgiens-pédiatres entre 1999 et 2019

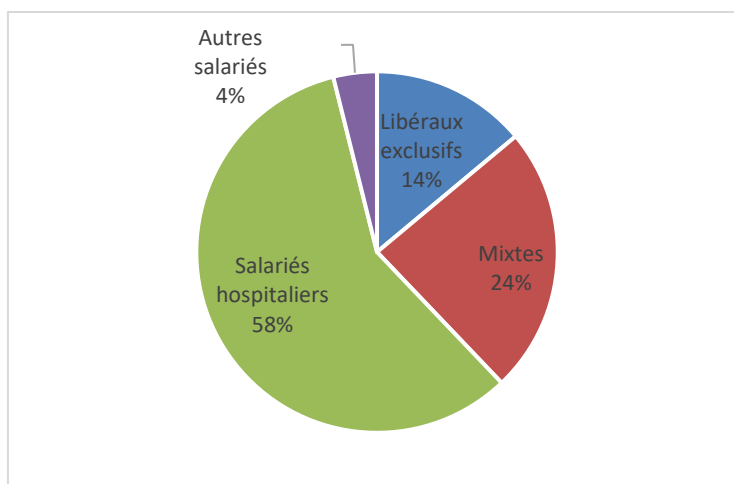


Source : DREES : Adeli entre 1009 et 2011, RPPS entre 2012 et 2020

2.1.2 La chirurgie-pédiatrique est majoritairement exercée à l'hôpital public

[444] Environ deux tiers des chirurgiens-pédiatres sont exclusivement salariés, un quart a un exercice mixte, et 14 % exercent exclusivement sous statut libéral.

Graphique 26 : Répartition des chirurgiens-pédiatres selon leur mode d'exercice, 2020



Source : DREES

[445] Comme pour la pédiatrie, l'exercice hospitalier de la chirurgie pédiatrique est très majoritairement exercé dans le secteur public. Si l'on considère l'ensemble de l'activité chirurgicale auprès des enfants, l'activité privée occupe une place majoritaire (55 % des séjours en 2019 ²⁴⁰), mais il s'agit essentiellement d'activités exercées par des chirurgiens adulte (par exemple en ORL). Si l'on s'intéresse à la spécialité de chirurgie pédiatrique (qui recouvre surtout la chirurgie orthopédique, traumatologique, viscérale et urologique réalisée exclusivement auprès des enfants), plus de 75 % des activités hospitalières des chirurgiens pédiatres sont réalisées dans le secteur public²⁴¹. Cela s'explique par le fait que son exercice nécessite un environnement pédiatrique global (pédiatrie, anesthésie, radiopédiatrie, réanimation pédiatrique, néonatalogie), un plateau technique et des équipements particuliers qui se trouvent principalement dans les établissements publics.

[446] Enfin, en 2021, le CNG dénombre 79 praticiens hospitalo-universitaires en chirurgie-pédiatrique en activité (60 PU-PH et 19 MCU-PH).

2.1.3 Les chirurgiens-pédiatres ont 49 ans en moyenne, et près de 50 % d'entre eux sont des femmes

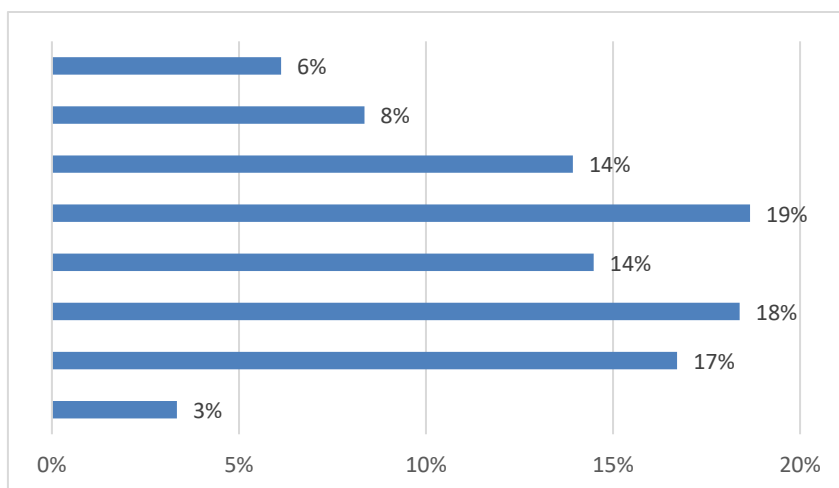
[447] La pyramide des âges présentée ci-dessous montre que 14 % des chirurgiens-pédiatres ont plus de 60 ans. La part relativement élevée des moins de 45 ans (38 % des chirurgiens-pédiatres) reflète la croissance des effectifs des deux dernières décennies. L'âge moyen (48,8 ans) est inférieur à la moyenne des médecins (50,9 ans).

[448] Cependant, l'âge moyen des chirurgiens-pédiatres augmente depuis 2016 (il s'élevait alors à 47,9 ans), alors que celui de l'ensemble des médecins évolue légèrement à la baisse (de 51,5 ans en 2016 à 50,9 en 2020).

²⁴⁰ Données du SAE

²⁴¹ Données DREES portant sur les activités des chirurgiens-pédiatres

Graphique 27 : Répartition des chirurgiens pédiatres par tranche d'âge, 2020



Source : DREES

[449] Le taux de féminisation des chirurgiens pédiatres progresse, de 38 % en 2012 à 49 % en 2020. La chirurgie infantile est nettement plus féminisée que les autres spécialités chirurgicales (24 % pour la chirurgie générale ; 7 % pour la chirurgie orthopédique et la chirurgie urologique ; 13 % pour la chirurgie cardiovasculaire). Il n'y a pas de données distinguant le taux de féminisation de la chirurgie pédiatrique orthopédique et viscérale.

2.2 Les effectifs de chirurgiens-pédiatres évoluent de manière contrastée selon les régions

[450] Le tableau ci-après présente la densité de chirurgiens-pédiatres par région, ainsi que les effectifs en 2012 et en 2020 et le taux d'évolution entre ces deux années.

[451] La Guyane, la Bourgogne Franche Comté, le Centre Val de Loire, les Pays de la Loire et l'Occitanie sont les régions avec les densités de chirurgiens-pédiatres les plus faibles en 2020. La Bourgogne Franche Comté, le Centre Val de Loire et particulièrement l'Occitanie ont des taux d'évolution des effectifs moins favorables que la moyenne nationale (respectivement 22 % ; 25 % et 9 %).

[452] A l'inverse, la Réunion, la Martinique, la Provence-Alpes Côte d'Azur, Auvergne Rhône Alpes sont les régions les plus dotées en chirurgiens-pédiatres.

[453] Les croissances d'effectifs les plus dynamiques sont observées en Corse, à La Réunion, en Nouvelle-Aquitaine (région qui reste moins dotée que la moyenne), et en Auvergne-Rhône-Alpes.

Tableau 25 : Densité et effectifs de chirurgiens-pédiatres, par région, en 2012 et 2020

	Densité 2020	Effectifs 2012	Effectifs 2020	Ev° effectifs 2012 -2020
Auvergne-Rhône-Alpes	0,61	30	49	63 %
Bourgogne-Franche-Comté	0,39	9	11	22 %
Bretagne	0,54	13	18	38 %
Centre -Val de Loire	0,39	8	10	25 %
Corse	0,59	1	2	100 %
Grand Est	0,6	26	33	27 %
Guadeloupe	0,52	4	2	-50 %
Guyane	0,35	0	1	
Hauts de France	0,45	21	27	29 %
Île-de-France	0,59	53	72	36 %
La Réunion	1,17	5	10	100 %
Martinique	1,1	3	4	33 %
Normandie	0,48	12	16	33 %
Nouvelle Aquitaine	0,45	16	27	69 %
Occitanie	0,41	22	24	9 %
Pays de la Loire	0,4	11	15	36 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,75	30	38	27 %
France entière	0,54	264	359	36 %

Source : DREES- la densité est calculée pour 100 000 habitants ; en rouge : les valeurs inférieures à la moyenne France entière.

2.3 Les chirurgiens-pédiatres témoignent d'une perte d'attractivité de la spécialité

2.3.1 La réforme du 3^{ème} cycle et la filiarisation précoce auraient un impact défavorable sur la chirurgie pédiatrique

[454] Depuis la réforme du 3^{ème} cycle en 2017, les étudiants de 3^{ème} cycle doivent choisir la spécialité de chirurgie-pédiatrique dès l'entrée du 3^{ème} cycle, selon un principe de filiarisation précoce.

Tableau 26 : Déroulé du 3^{ème} cycle de chirurgie-pédiatrique depuis la réforme de 2017

Phase socle	Phase d'approfondissement	Phase de consolidation	Options Intégrées au DES	Formation spécialisée transversale (FST) Correspond à 1 an de formation
<p>1 an</p> <p>- 1 stage en CP chirurgie correspondant à option</p> <p>-1 autre discipline chirurgicale et agréée à titre complémentaire en CP</p>	<p>3 ans</p> <p>- 2 stages en CP</p> <p>-1 stage dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en CP</p> <p>-1 stage libre</p> <p>Selon l'option, au cours de ces 3 ans : 1 stage en chirurgie viscérale et digestive, 1 stage en urologie, 2 stages en chirurgie orthopédique et traumatologique.</p>	<p>2 ans</p> <p>2 stages de 1 an</p>	<p>2 options</p> <p>- chirurgie viscérale pédiatrique</p> <p>- orthopédie pédiatrique.</p>	<p>Pas de FST</p>

Source : Réglementation ; CP : Chirurgie pédiatrique

[455] Depuis 2017, l'ensemble des postes proposés (entre 22 et 24 postes selon les années) est pourvu.

[456] Les chirurgiens-pédiatres rencontrés par la mission font toutefois état d'une perte d'attractivité de la spécialité depuis la réforme du 3^{ème} cycle, liée à la filiarisation précoce et au fait que tous les internes en chirurgie adulte ne réalisent pas de stage en chirurgie pédiatrique lors de leur internat (en particulier, les internes de chirurgie viscérale et d'urologie). De manière générale, les liens entre les formations de chirurgie adulte et de chirurgie infantile seraient trop limités, et les chirurgiens-pédiatres craignent un isolement de leur discipline.

[457] D'après le CNG, le taux de vacance des postes de PH²⁴² et le nombre de démissions²⁴³ tendent à augmenter, ce qui atteste d'une diminution de l'attractivité des postes de PH en chirurgie pédiatrique dans les hôpitaux publics.

2.3.2 Les chirurgiens-pédiatres jugent que leurs conditions de travail se dégradent

[458] Les chirurgiens-pédiatres rencontrés par la mission soulignent la dégradation de leur qualité de travail dans les années récentes, et font état des difficultés suivantes dans leur exercice :

- Une difficulté marquée de recrutement des médecins anesthésistes avec des compétences pédiatriques et, pour l'Ile-de-France, un manque d'attractivité pour les personnels paramédicaux ;
- Des difficultés pour accéder aux blocs opératoires et des délais de programmation des soins élevés ;

²⁴² De 14 % en 2009 à 23 % en 2021 (données CNG) – on rappelle que cette donnée est à interpréter avec précaution ; il ne s'agit pas du taux de vacance réel, certains postes de PH pouvant être pourvus par des contractuels.

²⁴³ 3 démissions sur la période 2011- 2015 ; 6 sur la période 2016-2020 (+100 %)

- Un manque de prise en compte des spécificités de la prise en charge infantile et de sa complexité (par exemple, les anesthésies peuvent être beaucoup plus longues), en particulier dans la tarification des actes ;
- Les urgences pédiatriques sont le plus souvent dépourvues de chirurgiens pédiatres ou de chirurgiens formés aux pathologies de l'enfant ;
- Le recours à des unités de chirurgie ambulatoire adulte-enfant est inadapté à l'enfant ;
- Le poids de la permanence des soins et de la continuité des soins en chirurgie pédiatrique, renforcée par la taille réduite des équipes. D'après données du CNG (qui ne portent que sur les PH titulaires), la taille moyenne des équipes de CHU/CHR est de 4,5 praticiens, et la taille moyenne des équipes de CH est de 2,3 praticiens ;
- Les difficultés croissantes de conception, de maintenance et d'approvisionnement en matériels pédiatriques.

2.3.3 La part d'activité de chirurgie pédiatrique réalisée en CHU augmente par rapport à celle des centres hospitaliers

[459] Les chirurgiens-pédiatres soulignent la part croissante de l'activité réalisée dans les CHU par rapport aux CHG, avec une tendance au report de soins sur les centres régionaux, notamment en raison du manque d'anesthésistes avec des compétences pédiatriques dans les centres hospitaliers de proximité. Une analyse réalisée dans 5 régions (voir détail dans le tableau ci-dessous) montre que la proportion d'actes réalisée par les CHU augmente effectivement significativement entre 2015 et 2019, en chirurgie digestive, orthopédique et urologique, dans 4 régions sur 5 ;

Tableau 27 : Proportion d'actes chirurgicaux auprès des moins de 18 ans réalisés en CHU par rapport à l'activité générale (CHU+CH), dans cinq régions, entre 2015 et 2019

Région	Digestif					Orthopédie traumatologie					Uro-néphrologie et génital				
	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
Grand Est	50 %	50 %	51 %	54 %	59 %	35 %	40 %	43 %	44 %	47 %	25 %	25 %	25 %	27 %	29 %
Nouvelle Aquitaine	33 %	33 %	38 %	37 %	37 %	27 %	26 %	28 %	27 %	31 %	19 %	20 %	21 %	20 %	20 %
Auvergne Rhône Alpes	46 %	49 %	48 %	50 %	51 %	30 %	31 %	29 %	30 %	32 %	25 %	24 %	27 %	24 %	28 %
Bourgogne Franche-Comté	42 %	44 %	41 %	47 %	50 %	40 %	40 %	38 %	40 %	43 %	24 %	29 %	30 %	33 %	37 %
Ile-de-France	64 %	66 %	64 %	66 %	62 %	43 %	41 %	43 %	40 %	38 %	16 %	18 %	17 %	17 %	14 %

Source : SAE, données retraitées par la mission

[460] Une analyse plus fine de la répartition de l'activité entre CHU et CHR et CH, portant sur 12 actes chirurgicaux, montre que :

- Pour les actes techniques les plus simples (en jaune), les CHU et CHR prennent en charge entre 25 et 63 % de l'activité en 2020 ;
- Pour les actes moyennement complexes, les CHU prennent en charge entre 48 et 70 % des actes ;

- Pour les actes les plus complexes, les CHU prennent en charge entre 68 % et 100 % des actes.

Tableau 28 : Proportion d'actes chirurgicaux pour les enfants de moins de 15 ans réalisés en CHU par rapport à l'ensemble de l'activité (CHU+CH), par type d'acte, entre 2015 et 2020

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Fractures 2 os avant-bras	25 %	24 %	26 %	25 %	27 %	27 %
Rupture du ligament croisé antérieur	27 %	27 %	28 %	25 %	26 %	25 %
Péritonite	30 %	32 %	29 %	33 %	38 %	39 %
Torsion de gonades (ovaire ou testicule)	52 %	51 %	51 %	54 %	56 %	57 %
Fracture supra-condylienne	63 %	59 %	63 %	63 %	61 %	63 %
Pathologie inguino-scrotale	49 %	48 %	48 %	48 %	48 %	49 %
Occlusion	59 %	40 %	80 %	61 %	55 %	57 %
Epiphysiolyse	63 %	61 %	65 %	68 %	70 %	66 %
Hanche neurologique	81 %	80 %	81 %	82 %	84 %	83 %
Scoliose	81 %	82 %	83 %	82 %	80 %	78 %
Cure de Jonction pyélo-urétérale	87 %	79 %	81 %	70 %	73 %	68 %
Traitement de la maladie de Hirschsprung	100 %	100 %	95 %	95 %	100 %	100 %

Source : Données SAE retraitées par la mission

En rouge, les actes très spécialisés ; en orange, les actes moyennement spécialisés ; en jaune, les actes peu spécialisés.

ANNEXE 2 : Les maquettes du 3ème cycle de formation en médecine – santé de l'enfant

[461] Le tableau présenté ci-après décrit la structuration de la formation de 3ème cycle des étudiants en pédiatrie, en médecine générale, en chirurgie pédiatrique et en médecine d'urgence.

Tableau 29 : Structuration de la formation de 3ème cycle en pédiatrie, en médecine générale, en chirurgie pédiatrique et en médecine d'urgence depuis la réforme de 2017

DES	Phase socle	Phase d'approfondissement	Phase de consolidation	Options Correspondant à 1 an de formation en pédiatrie	FST (formation spécialisée transversale) Correspondant à 1 an de formation
Pédiatrie	1 an 2 en pédiatrie de préférence : - pédiatrie générale - UP - néonatalogie	3 ans - 1 pédiatrie générale - 1 néonatalogie - 1 UP ou réanimation pédiatrique ou SMUR ; - 1 de prise en charge des troubles développement et croissance (neurologie, endocrinologie, gastro-entérologie, troubles des apprentissages, médecine de l'adolescent) ; - 2 libres (dont un pouvant être exercé en libéral) ;	1 an (un an ou deux semestres)	4 options - néonatalogie, - neuropédiatrie, - pneumopédiatrie - réanimation pédiatrique	11 FST - cardiologie pédiatrique et congénitale - cancérologie - douleur - maladies allergiques - médecine du sport - médecine scolaire - nutrition appliquée - pharmacologie médicale / thérapeutique - soins palliatifs - sommeil - urgences pédiatriques
Médecine générale	1 an - 1 UA - 1 chez praticien	2 ans a/ 1 Médecine adulte polyvalente b/ 1 santé de la Femme A et/ ou H c/ 1 stage santé de l'Enfant A et/ ou H d/1 SASPAS En cas de capacités de formation insuffisantes, l'étudiant peut accomplir à la place des stages visés en b) et c) : e) 1 stage couplé en santé de la femme et en santé de l'enfant f) 1 stage libre chez un praticien	Pas de phase de consolidation	Pas d'option	6 FST - Addictologie - Douleur - Soins palliatifs - Médecine du sport - Médecine scolaire - Préjudice corporel et Expertise médicale
Chirurgie pédiatrique	1 an - 1 stage en CP chirurgie correspondant à option -1 autre discipline chirurgicale et agréée à titre	3 ans - 2 stages en CP -1 stage dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en CP -1 stage libre Selon l'option, au cours de ces 3 ans : 1 stage en chirurgie viscérale et digestive, 1 stage en urologie, 2 stages en	2 ans 2 stages de 1 an	2 options - chirurgie viscérale pédiatrique - orthopédie pédiatrique	Pas de FST

	complémentaire en CP	chirurgie orthopédique et traumatologique			
Médecine d'urgence	1 an 1 UA 1 en gériatrie, médecine interne ou polyvalente et agréé à titre complémentaire en médecine d'urgence	2 ans 1 en médecine d'urgence SAMU/SMUR 1 en pédiatrie 1 en anesthésie-réanimation 1 stage libre	1 an 1 en médecine d'urgence SAMU/ SMUR 1 UA	Pas d'option	- Urgences pédiatriques - Pharmacologie médicale/ thérapeutique
Anesthésie réanimation (co-DES avec médecine intensive-réanimation)	1 an - 1 stage en anesthésie-réanimation - 1 stage en médecine intensive-réanimation ou en anesthésie-réanimation	3 ans a/ 3 stages d'anesthésie en anesthésie-réanimation b/ 2 stages de réanimation en anesthésie-réanimation c/ 1 stage de réanimation en médecine intensive-réanimation A la place du b/, l'étudiant peut aussi réaliser 1 stage de réanimation en anesthésie-réanimation et 1 stage libre	1 an 1 stage d'un an ou 2 stages dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en anesthésie-réanimation	1 option Réanimation pédiatrique	- Douleur - Hygiène- prévention de l'infection, résistances - Nutrition appliquée - Pharmacologie médicale/ thérapeutique - Soins palliatifs
Radiologie et imagerie médicale	1 an 2 stages en radiologie et imagerie médicale	3 ans 5 stages en radiologie et imagerie médicale 1 stage libre « la commission d'agrément prend en compte la proposition d'activités spécialisées permettant à l'étudiant d'acquérir au terme de cette phase les compétences dans toutes les imageries d'organe et en imagerie pédiatrique »	1 an 1 stage d'un an ou 2 stages d'un semestre en radiologie et imagerie médicale	1 option Radiologie interventionnelle avancée	

Source : Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine

Légende : A ou H : ambulatoire ou hospitalier ; UP : Urgences pédiatriques ; SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

[462] Concernant la chirurgie adulte, le tableau présenté ci-après présente les maquettes de stages de la phase d'approfondissement du 3^{ème} cycle.

Tableau 30 : Maquettes des 6 stages obligatoires de la phase d'approfondissement des disciplines chirurgicales concernées

	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Chirurgie viscérale et digestive	Urologie
Dans un service agréé à titre principal dans la spécialité	3 stages	5 stages	2 stages
Dans un service agréé à titre principal en chirurgie pédiatrique et à titre complémentaire dans la spécialité	1 stage		0
Dans un service agréé à titre principal dans une autre discipline et à titre complémentaire dans la discipline	1 stage - chirurgie vasculaire - neurochirurgie - chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	L'un des 5 stages mentionnés ci-dessus peut être remplacé par : - chirurgie pédiatrique - chirurgie thoracique et cardiovasculaire - chirurgie vasculaire - urologie	2 stages en chirurgie viscérale et digestive
Stages libres	1	1	2

Source : Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Cabinet du ministre des solidarités et de la santé

Arnaud VANNESTE, conseiller offre de soins, des financements et de l'organisation hospitalière

Bénédicte ROQUETTE, conseillère chargée de l'offre de soins, des ressources humaines et de l'organisation territoriale

Philippe MORLAT, conseiller formation, recherche et sujets hospitalo-universitaires

Sébastien DELESCLUSE, interne en santé publique

Cabinet du secrétaire d'Etat en charge de l'enfance et des familles

Vincent REYMOND, directeur de cabinet

Philippe ROMAC, conseiller santé de l'enfant, 1000 premiers jours et suivi de l'exécution des réformes

Direction générale de l'offre de soins

Katia JULIENNE, directrice

Sophie AUGROS, conseillère médicale

Pierre CHARESTAN, conseiller médical

Sylvie ESCALON, sous-directrice Régulation de l'offre de soins

Elsa VERGIER, cheffe du bureau Premier recours

Céline CASTELAIN-JEDOR, cheffe du bureau Plateaux techniques et prises en charge hospitalières aiguë (R3)

Elizabeth CARRICABURU, bureau R3

Christopher POISSON-CALAIS, bureau R3

Vanessa FAAGE-MOREL, sous-directrice des ressources humaines du système de santé

Marc REYNIER, adjoint à la sous-directrice des ressources humaines du système de santé, en charge des professions médicales

Sandrine DIOMIE, cheffe de bureau RH 1 Démographie et formations initiales

Caroline COLIN, adjoint chef de bureau RH 2 Exercice et déontologie des professions de santé

Direction générale de la santé

Carole BUSSIERE, cheffe de bureau santé des populations et politique vaccinale, sous-direction Prévention – maladies chroniques

Khadoudja CHEMLAL, adjointe à la cheffe de bureau

Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)

Julie POUGHEON, directrice de l'offre des Soins,

Jocelyn COURTOIS, responsable du département des actes médicaux

Jean-Louis TOURET, département des actes médicaux, médecin conseil

Armelle PALU-LABOUREU, département des actes médicaux, chargée d'études économiques

Johann DELCENS, département des actes médicaux, statisticien

Saïd MEDDOUR, responsable du département prévention et promotion de la santé

Isabelle VINCENT, responsable adjointe du département prévention et promotion de la santé

Haute autorité de santé

Dr Pierre GABACH, adjoint à la directrice de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, chef du service des bonnes pratiques

Dr Valérie ERTEL-PAU, adjointe au chef du service des bonnes pratiques, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Christiane JEAN—BART, cheffe du service recommandations des bonnes pratiques professionnelles, direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social

Manon PRACA, mission protection de l'enfance, service des recommandations des bonnes pratiques professionnelles, direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social

Anny SIBONI-ZERBIB, cheffe de cabinet par interim

Haut conseil à l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)

Anne-Marie BROCAS, présidente

Haut conseil à la santé publique (HCSP)

Thierry LANG, président du groupe permanent de l'enfant, épidémiologiste, professeur émérite de l'université de Toulouse

Pr Yannick AUJARD, pédiatre, ancien chef de service de réanimation et pédiatrie néonatale à l'hôpital Robert Debré

Marie-Jo SAUREL-CUBIZOLLES, épidémiologiste en santé périnatale, membre du HCSP pour la commission environnement

Dr Isabelle CLAUDET PH, cheffe de service Urgence pédiatriques au CHU de Toulouse

Dr Jean-Michel AZANOWSK, coordonnateur au secrétariat général du HCSP, médecin-inspecteur de santé publique

Centre national de gestion (CNG)

Christel PIERRAT, directrice générale adjointe

Elsa LIVONNET, cheffe du département de gestion des praticiens hospitaliers

Observatoire national de la démographie des professions de santé

Pr Emmanuel TOUZE, président

Agnès BOCOGNANO, secrétaire générale

Délégation interministérielle à la stratégie sur l'autisme au sein des troubles du neuro-développement

Claire COMPAGNON, déléguée interministérielle

Delphine CORLAY, conseillère spéciale

Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation

Stéphane LE BOULER, responsable de projet universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique pour le compte du ministère des solidarités et de la santé et du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

Pauline RENAUD, cheffe du service Demandes, accès, traitement, analyses (DATA)

Dr Joëlle DUBOIS, cheffe du service Classifications, information médicale et modèles de financement

Dr Marie-Caroline CLEMENT, chargée de mission, service classification, information médicale et modèle de financement

Florence PINELLI, cheffe de service adjointe Financement et analyse économique

Conseil national professionnel de pédiatrie (CNPP)

Dr Robert COHEN, président

Syndicat national des pédiatres des établissements hospitaliers

Dr Emmanuel CIXOUS, président

Jean-Louis CHABERNAUD, vice-président

Société française de pédiatrie (SFP)

Pr Christelle GRAS-LEGUEN, présidente

Association de pédiatrie libérale (AFPA)

Dr Fabienne KOCHERT, présidente

Dr Thiébaud-Noël WILLIG, Co-animateur du groupe Troubles Scolaires, président du réseau Occitadys

Nathan LOUMONT, interne en pédiatrie au CHU de Toulouse auprès du Dr WILLIG

Syndicat national des pédiatres français (SNPF)

Dr Brigitte VIREY, présidente

Dr Jean-François PUJOL, secrétaire général adjoint

Collège national des pédiatres universitaires (CNPU)

Pr Vincent GADJOS, président

Association des jeunes pédiatres

Kristen JOSEPH-DELAFFON, président

Syndicat national des médecins de PMI (SNMPMI)

Dr Cécile GARRIGUES, co-présidente

Dr Nancy GRIME, secrétaire générale

Autres pédiatres

Dr Mélodie AUBERT, coordinatrice du Collectif inter hôpitaux (CIH) à l'hôpital Necker, neuropédiatre

Pr Justine BACCHETTA, cheffe de pôle adjointe des spécialités pédiatriques, Hôpital Femmes-mères-enfant, Hospices civils de Lyon

Pr Antoine BOURRILLON, professeur émérite de pédiatrie, ancien chef de service des urgences pédiatriques et du service de pédiatrie générale de l'hôpital Robert Debré à l'AP-HP

Pr Pierre COCHAT, néphrologue pédiatre au service de néphrologie-rhumatologie-dermatologie pédiatrique des Hospices civils de Lyon, chef du service pédiatrie du centre hospitalier de Vienne, ancien doyen de l'UFR de Laennec

Pr Olivier CLARIS, chef de service de néonatalogie et de réanimation néonatale, Hôpital Femmes-mères-enfant, Hospices civils de Lyon

Pr Christophe DELACOURT, ancien président de la société française de pédiatrie, hôpital Necker, AP-HP

Dr Hugues DESOMBRE, chef de pôle des spécialités pédiatriques, Hôpital Femmes-mères-enfant, Hospices civils de Lyon

Pr Frédéric HUET, ancien doyen, CHU Dijon

Pr Etienne JAVOUHEY, président du groupe francophone de réanimation et d'urgence pédiatrique

Conseil national professionnel de chirurgie de l'enfant et de l'adolescent (CNPCEA)

Pr Christine GRAPIN, présidente du CNPCEA

Pr Jérôme SALES de GAUZY, président de la société française d'orthopédie pédiatrique (SOFOP)

Pr Sabine SARNACKI, présidente de la société française de chirurgie pédiatrique (SFCP)

Pr Agnès LIARD, présidente du collège universitaire de chirurgie pédiatrique

Association des maisons des adolescents

Pr Guillaume BRONSARD, président, pédopsychiatre

Ordre des médecins

Dr François SIMON, président de la section de l'exercice professionnel

Pauline CAILLEAUD, juriste de la section exercice professionnel

Collège de médecine générale

Dr Julie CHASTANG, secrétaire générale adjointe

CSMF

Dr Jean-Paul ORTIZ, président

Dr Luc DUQUESNEL, président des généralistes CSMF

Dr Franck DEVULDER, président des spécialistes CSMF

MG France

Dr Margot BAYART, première vice-présidente

Dr Valérie DUTHIL, vice-présidente

Syndicat des médecins libéraux (SML)

Dr Sophie BAUER, secrétaire générale, chirurgienne

Dr Patricia LUBELSKI, secrétaire générale adjointe, pédiatre libérale

Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (REAGJIR)

Dr Laure DOMINJON, présidente

Dr Elodie BOUR, vice-présidente

ISNAR-MG

Dr Raphaël DACHICOURT, premier vice-président d'ISNAR-MG, interne en médecine générale

Société française des médecins de l'éducation nationale (SOFMEN)

Dr Thierry PARUZYNSKI, président

Union nationale des professions de santé (UNPS)

Dr William JOUBERT, président, médecin généraliste

Anne DEHETRE, vice-présidente, orthophoniste

Mickaël MULON, vice-président, kinésithérapeute-rééducateur

John PINTE, secrétaire général, infirmier

Mathilde GUEST, directrice générale

AVEC Santé, ex fédération des maisons de santé

Dr Pascal GENDRY, président

Fédération des CPTS

Dr Claude LEICHER, président, coordinateur animateur de la CPTS Sud Valence

Nadi GEORGET, coordinatrice de la fédération des CPTS

Rebeca MARTIN, secrétaire de la fédération des CPTS

Fédération nationale des centres de santé (FNCS)

Dr Hélène COLOMBANI, présidente

Dr Marie PENICAUD, secrétaire du bureau

Collège national des sages-femmes

Sabinet PAYSANT, membre du collège national des sages-femmes, sage-femme coordonnatrice

Ordre des infirmiers

Patrick CHAMBOREDON, président de l'ordre

Grégory CAUME, directeur adjoint

Association nationale des puéricultrices(teurs) diplômé(e)s et des étudiants (ANDPE)

Brigitte PREVOST-MESLET, présidente

Emmanuelle LEFEBVRE-MAYER, secrétaire générale

Collège des infirmiers puériculteurs et des infirmières puéricultrices

Charles EURY, président

Peggy ALONSO, secrétaire générale, vice-présidente de l'ANDPE

Anne METIVET, trésorière, membre du comité d'entente des écoles préparant aux métiers de l'enfance

Association nationale des auxiliaires de puériculture (ANAP)

Françoise CAMGUILHEM, présidente

Clara TRESMONTAN, trésorière

Fédération française des orthophonistes

Anne DEHETRE, présidente

Marie TABAUD-DEBOTH, vice-présidente chargée de la promotion de la santé

France Asso santé

Agnès BOURDON-BUSIN, administratrice et membre du bureau, APF France Handicap

Aude BOURDEN, APF France Handicap, conseillère nationale santé/ médicosociale

Catherine SIMONIN, administratrice et membre du bureau, Ligue Contre le Cancer

Mathé TOULLIER, collègue des personnes en situation de précarité, association des familles victimes du saturnisme (AFVS)

Catherine VERGELY, secrétaire générale de l'Union des Associations de Parents d'Enfants atteints de Cancer ou LEucémie (Unapecl)

Union nationale des associations familiales (UNAF)

Marie-Pierre GARIEL, administratrice de l'UNAF, présidente du département Protection sociale-santé- autonomie

Nicolas BRUN, coordinateur du pôle santé

Association des jeunes diabétiques

Dr Marc de Kerdanet, président

Carine CHOLEAU, directrice

Association DEBRA

Angélique SAUVESTRE, directrice

Territoire d'Ile-de-France

ARS Ile-de-France

Dr Eric LACHASSINE, référent pédiatrique, direction de l'offre de soins

Dr Caroline SUBERBIELLE conseillère médicale de l'offre de soins

Laure WALLON, chargée de la santé mentale, direction de l'offre de soins

Caroline RENARD, chargée de mission en psychiatrie, direction de l'offre de soins

Gwenaëlle LE BRETON, directrice adjointe du pôle RH en santé, direction de l'offre de soins

Laure-Anne SCHERRER, responsable du département affaires régionales à la DOS

Dr Laurence DESPLANQUES, direction de la santé publique, département santé de l'enfant et périnatalité

Juliette DAVODEAU, chargée de mission Santé de l'enfant

Pr Henri-Jean PHILIPPE, référent chirurgie

Centre hospitalier François Quesnay, Mantes-la-Jolie

Dr Béatrice PELLEGRINO, cheffe du service Pédiatrie et médecine des adolescents, cheffe de service de pédopsychiatrie par interim

CPTS Yvelines Nord

Dr Céline GRANDON, présidente, médecin généraliste à Porcheville

URPS Médecins Ile-de-France

Alexandre GRENIER, directeur

Nathalie NICOLAS, responsable du service étude

Dr Patricia LUBELSKI, pédiatre, élue URPS médecins IDF

Dr Luc REFABERT – pédiatre, élu URPS médecins IDF

Dr Sylvie HUBINOIS, pédiatre

Dr Capucine VIGNON-SAVOYE, pédiatre

Dr Vanina BELLAVOINE, pédiatre

Réseau Europediab 77

Dr Laurence MATHIVON, pédiatre au GHEF (grand hôpital de l'Est francilien), site de Meaux

Dr Caroline MASSEROT, cheffe du service pédiatrie au GHEF, site de Meaux

Dr Nathalie GARREC, pédiatre au GHEF- site de Jossigny

AP-HP

Pr Frédéric BATTEUX, directeur de la transformation et de la stratégie au siège de l'AP-HP

Territoire des Pays de la Loire

ARS Pays de la Loire

Dr Jean-Yves GRAGNE, conseiller médical, direction de l'offre de soins et de l'autonomie

Dr Emmanuelle NININ, médecin inspecteur de santé publique, département parcours de santé publique

Dr Juliette DANIEL, médecin de santé publique, direction d'appui à la transformation

Stéphane GUERRAUD, conseiller pédagogique régional, référent formation, direction d'appui à la transformation

Réseau d'oncologie pédiatrique

Dr Estelle THEBAUD, pédiatre au CHU de Nantes, médecin coordonnateur du réseau

Projets de SRAE (Structure régionale d'appui et d'expertise) de l'enfant et du service d'accès aux soins de Loire-Atlantique

Pr Jean-Christophe ROZE, CHU de Nantes, pédiatre, pilote du projet SRAE

Pr Elise LAUNAY, pédiatre au CHU de Nantes

Dr Joël GARCIA, pédiatre libéral à St Nazaire

Lena RIVIER, responsable administrative du réseau de périnatalité

Dr Joël JENVRIN, directeur du centre 15 de Loire-Atlantique, pilote du projet du service d'accès aux soins

Centre hospitalier de Saint-Nazaire (entretien téléphonique)

Dr Marc LE BIDEAU, responsable du service de pédiatrie

Florent POUGET, directeur qualité du CH de Saint Nazaire

Dr Christine PELIGAN, directrice des affaires médicales et générales

Projet santé protégée

Dr Nathalie VABRES, pédiatre coordinatrice de l'unité d'accueil des enfants en danger, au CHU de Nantes, coordinatrice du projet Santé protégée

Adeline ORDUREAU, cheffe de projet Santé protégée au CHU de Nantes

Dr Bruno MESLET, conseiller médical, médecin de santé publique à l'ARS

Union régionale des professionnels de santé (URPS) Médecin

Dr Cécile GUIHEUNEUF, trésorière, pédiatre

Autres territoires

CPTS Centre 21

Laurent GARNAULT, directeur

Pascale LIVIO, administratrice, présidente de l'URPS orthophoniste

Esther BELOT, référente prévention sage-femme libérale

Centre enfance et santé Les Hauts de Bordeaux

Dr Françoise CECCATO, pédiatre, fondatrice du centre

Dr Isabelle BOUFFARD, pédiatre

Amandine PHILIPPON, infirmière puéricultrice Asalée

Centre de santé d'Issy-les-Moulineaux

Laurence PARRAIN, directrice du centre de santé

Dr Lydia SOKOLOW, médecin généraliste

Karine GESLIN, assistante médicale

Expériences étrangères

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (Canada)

Pr Lionel CARMANT, ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux du Québec

Jérémie CASAVANT-DUBOIS, directeur de cabinet

Académie européenne de pédiatrie

Pr Michel TSIMARATOS, représentant français à l'académie européenne de pédiatrie, chef de service de pédiatrie multidisciplinaire à l'AP-HM

European Confederation for Primary Care Paediatricians

Dr Christine MAGENDIE, représentante à l'ECPCP, AFPA

BIBLIOGRAPHIE

Prise en charge des enfants

“Rapport de la commission des 1000 premiers jours”, septembre 2020

“Les médecins et les personnels de santé scolaire”, Cour des comptes, avril 2020

“Organiser la médecine spécialisée et le second recours : une pièce essentielle de la transformation de notre système de santé”, haut conseil pour l’avenir de l’assurance maladie, 2020

“Réanimation pédiatrique en Ile-de-France : note de conclusion de la mission flash”, IGAS, 2019

“Pour un pacte de refondation des urgences”, Thomas Mesnier et Pr Pierre Carli, 2019

“Rapport relative au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de zéro à six ans”, Stéphanie Rist et Dr Marie-Sophie Barthet-Derrien, 2019

« L’enfant et l’adolescent : leurs droits à un système de santé stable, adapté à leur développement et à leur avenir- rapport de mission sur le soutien à la parentalité et la santé publique de l’enfant et de l’adolescent », Pr Sommelet, décembre 2019

“Evaluation du fonctionnement des CAMSP, CMPP et CMP-IJ”, IGAS, 2018

« Enquête sur le personnel infirmier de l’AP-HP, exercices 2011 et suivants » CRC Ile-de-France, 2018

“Evaluation de la politique en direction des personnes présentant des troubles du spectre de l’autisme”, Cour des comptes, 2017

“Comment améliorer le parcours de santé d’un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages”, HAS, 2017

“Prévention des consultations aux urgences pédiatriques : enquête sur les conseils de puéricultures donnés par les médecins généralistes lors des consultations du nouveau-né”, thèse de François Arnould, 2017

“Répondre aux besoins de santé en formant mieux les médecins”, IGAS, 2017

« Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l’université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande conférence de santé, IGAS, 2017

« La situation de la psychiatrie des mineurs en France”, Sénat, 2017

“Mission Bien-être et santé des jeunes”, Pr Marie-Rose Moro et Jean-Louis Brison, 2016

« Evaluation de politique publique – La place de la santé scolaire dans la santé des jeunes, Etat des lieux et perspectives », IGAS-IGEN-IGAENR, 2016

“Analyse des consultations justifiées et non justifiées aux urgences pédiatriques par rapport à la médecine libérale”, thèse de Clémentine Cosaert, 2016

« Il est urgent de réviser l’enseignement futur de la pédiatrie pour les internes de pédiatrie et pour les internes de médecine générale », communiqué de l’académie nationale de médecine, 2016

“Rapport d’information sur l’enquête de la Cour des comptes relative aux maternités”, Sénat, 2015

“Parcours de soins des enfants atteints de maladies chroniques”, Commission nationale de la naissance et de la santé de l’enfant, 2015

« Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser », Cour des comptes, 2014

“Prise en charge de la santé de l’enfant- travaux et conclusions de la commission présidée par le Pr Yvon Berland”, Observatoire national de la démographie des professions de santé, 2013

“La pédiatrie libérale : enjeux, difficultés et perspectives”, Jérôme Valleteau de Moulliac, bulletin de l’académie nationale de médecine, 2013

“Evaluation des maisons des adolescents”, IGAS, 2013

“La politique de périnatalité : l’urgence d’une remobilisation”, Cour des comptes, 2012

« Rapport sur la permanence des soins pédiatriques dans les établissements hospitaliers de la région Ile-de-France », Pr Mercier et Dr Chabernaude, Collégiale des urgences de l’AP-HP, 2011

« Démographie, revenus et activités des pédiatres libéraux en 2011 », la lettre aux pédiatres, avril-mai-juin 2011

“L’enfant et l’adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé”, Pr Danièle Sommelet, 2006

Prévention et santé de l’enfant

“Pour sauver la PMI, agissons maintenant”, Michèle Peyron, 2019

“Evaluation de la politique de prévention en protection de l’enfant”, IGAS-IGAENR-IGEN, 2019

“Prévention santé en faveur de la jeunesse”, rapport d’information de l’Assemblée nationale, Cyrille Isaac-Sibille, Ericka Bareigts, 2018

« Situation of child and adolescent health in Europe », organisation mondiale de la santé, 2018

“L’état de santé de la population en France- rapport 2017”, DREES, Santé publique France

« Bilans de santé PMI 3-4 ans à l’école maternelle dans les Hauts-de-Seine : synthèse des études 2005 et 2010 et perspectives », Bois et Guillemot, 2014

“Les inégalités sociales de santé dans l’enfance”, IGAS, mai 2011

“Santé de l’enfant : propositions pour un meilleur suivi”, INSERM, 2009

« La perception par les pédiatres des contraintes économiques – Quelle incitation dans la prise en charge de l’obésité infantile ? », Revue économique, 2009

Coopération entre professionnels de santé

« Evaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI) », IGAS, 2020

“Prise en charge coordonnée des soins psychiques”, IGAS, 2019

“La filière visuelle : modes d’exercice, pratiques professionnelles et formations”, IGAS- IGESR, 2019

“La redéfinition des protocoles de coopération”, IGAS, 2019

“Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé”, IGAS, 2018

Données

“La santé mentale des adolescents de 3ème en 2017 “, Dossier n°65, DREES

« Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l’offre de soins locale », DREES, Etudes et résultats n°1140, 2020

“Le dispositif de statistique de surveillance et de recherché sur la santé de l’enfant”, haut conseil de la santé publique, 2019

“Urgences : plus du quart des passages en urgence concernent les enfants de moins de 15 ans “, DREES, Etudes et résultats n°1128, 2019

“En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale”, DREES, Etudes et résultats n°112, 2019

« Un médecin libéral sur dix en activité cumule emploi et retraite », DREES, Etudes et résultats n°1097, 2018

« La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l’ophtalmologiste », DREES, Etudes et résultats n°1085, 2018

« Revenus des médecins libéraux : les facteurs démographiques modèrent la hausse moyenne entre 2005 et 2014 », DREES, Etudes et résultats n° 1080, 2018« Médecins libéraux : une hausse modérée de leurs revenus entre 2011 et 2014 », DREES, Etudes et résultats n°1022, 2017

« Les médecins d’ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », Etudes et résultats n°1011, 2017

“La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l’origine sociale”, DREES, Etudes et résultats n°993, 2017

« Médecine spécialisée et second recours : dossier statistique de la DREES – Avis « Organiser la médecine spécialisée et le second recours : un chantier prioritaire », 2017

“Portrait des professionnels de santé”, Panoramas de la DREES, 2016

“Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires”, DREES, Etudes et résultats n°0970, 2016

“7860 étudiants en médecine affectés à l’issue des épreuves classantes nationales en 2014”, DREES, Etudes et résultats n°0937, 2015

“La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge”, DREES, Etudes et résultats n° 920, 2015“La mortalité infantile dans les départements français d’outre-mer (2000-2008)”, DREES, Etudes et résultats n°808, 2012

“La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites “, DREES, Etudes et résultats n°588, 2007

Comparaisons internationales

“Comparaison internationale de l’organisation de la médecine spécialisée – des innovations dans cinq pays”, IRDES, 2020

« Les réformes de l’organisation des soins primaires »’, Revue française des affaires sociales, 2020 n°1

« Spotlight on adolescent health and well-being – findings from the 2017/2018 HBSC Survey in Europe and Canada », Organisation mondiale de la Santé, 2020

“Droits de l’enfant en 2017 au miroir de la convention internationale des droits de l’enfant”, Défenseur des droits

“Bilan Innocenti 14- les enfants et les objectifs de développement durable dans les pays riches”, Unicef, 2017

“Paediatric primary care in Europe : variations between countries”, Arch Dis child, von Esso et al, 2010

« Un modèle de la pédiatrie : repenser les soins de santé pour les enfants et les adolescents », Paediatr Child Health Vol 14 n°5, Société canadienne de pédiatrie, 2009

SIGLES UTILISES

ALD	Affection de longue durée
ANDPC	Agence nationale du Développement professionnel continu
AP	Auxiliaire de puériculture
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMP-IJ	Centres médico-psychologiques infanto-juvéniles
CMPP	Centres médico-psycho-pédagogiques
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNG	Centre national de gestion
CNPP	Conseil national professionnel de pédiatrie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CSP	Code de la santé publique
DES	Diplôme d'études spécialisées
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaire
DG	Dotation globale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DMP	Dossier médical partagé
DPC	Développement professionnel continu
DU	Diplôme universitaire
ENC	Etude nationale de coût
FHF	Fédération hospitalière de France
FST	Formation spécialisée transversale
GHM	Groupe homogène de malade

GHS	Groupe homogène de séjour
HAS	Haute autorité de santé
IADÉ	Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat
IBODE	Infirmiers de bloc opératoire diplômé d'Etat
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IDPE	Infirmier puériculteur diplômé d'Etat
IPA	Infirmier en pratique avancé
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MESRI	Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation
MSP	Maison de santé pluri-professionnelle
NGAP	Nomenclature générale des actes et des prestations
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPTAM	Option pratique tarifaire maîtrisée
OQN	Objectif quantifié national
PAI	Projet d'accueil individualisé
PCO	Plateformes de coordination et d'orientation
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PDES	Permanence des soins en établissements de santé
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PH	Praticien hospitalier
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'informations
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAS	Service d'accès aux soins
SASPAS	Stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé
SMUR	Structure mobile d'urgence et de réanimation
UNAF	Union nationale des associations familiales
URPS	Union régionale des professionnels de santé
VAE	Validation des acquis de l'expérience

