



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Politiques de santé de l'enfance : les défis d'un parcours lisible et
coordonné dans un contexte institutionnel fragmenté,
l'exemple des Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 18 Octobre 2024 à 16h
au Pôle Formation
par **Cécilia FALLARA**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Philippe AMOUYEL

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Aghilès HAMROUN

Monsieur le Docteur Luc DAUCHET

Directeur de thèse :

Monsieur Docteur Gwen MARQUE

Avertissements

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leur auteur.

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

COG : Convention d'objectifs et de gestion

CoSEJ : Comité pour la Santé des Enfants et des Jeunes

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DGS : Direction Générale de la Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNSE : Plan National Santé Environnement

PRS : Projet Régional de Santé

SGMAS : Secrétariat Général des Ministères chargés des Affaires Sociales

SNS : Stratégie Nationale de Santé

TND : Troubles du Neuro-Développement

Table des matières

Avertissements	2
Liste des abréviations	3
Table des matières	4
I. Introduction	7
A. Le parcours de santé de l'enfant	7
B. Une santé morcelée entre de nombreux acteurs	10
1. L'Assurance Maladie	11
2. Les Agences Régionales de Santé (ARS)	12
3. La Protection Maternelle et Infantile (PMI)	14
4. L'Éducation Nationale	14
C. Un parcours de santé au carrefour de nombreux plans	15
D. Objectifs de cette étude	18
II. Matériels et méthodes	18
A. Type d'étude	18
B. Population étudiée	18
C. Recueil de données	19
D. Analyse de données	19
III. Résultats	19
A. Description de l'échantillon étudié	19
B. Analyse thématique des entretiens semi-dirigés	20
1. Un parcours de santé s'inscrivant dans un contexte difficile	20

a)	Démographie médicale et paramédicale en forte diminution	20
b)	Modification des pathologies de l'enfant	21
c)	Inégalités de santé marquées	22
2.	Un découpage du parcours le rendant difficilement lisible	23
a)	Parcours défini comme « flou »	23
b)	Rôles mal définis	24
c)	Acteurs ne parlant pas le même langage	25
3.	Une coordination entre acteurs insuffisante à tous les niveaux	27
a)	Intra-institutionnelle	27
b)	Inter-institutionnelle	27
c)	Personnes bloquantes	29
4.	Une vraie volonté des acteurs en attente de changement	29
a)	Acteurs volontaires	29
b)	Auteurs de projets innovants	30
c)	Nombreuses attentes	31
IV.	<i>Discussion</i>	32
A.	Forces et limites de cette étude	32
a)	Limites de l'étude	33
b)	Forces de l'étude	33
B.	Comparaison par rapport à la littérature existante	34
C.	Pistes d'améliorations	35
V.	<i>Conclusion</i>	38
	<i>Références</i>	39
	<i>Annexes</i>	41

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1: Déterminants de problèmes chroniques et de besoins particuliers en matière de santé chez les enfants (Newacheck, Rising et Kim, 2006 dans Newachek et coll, 2008, p348)</i>	8
<i>Figure 2: Les acteurs intervenant sur la santé des enfants en France</i>	10
<i>Figure 3: Les 20 examens de suivi médical de l'enfant et l'adolescent (source: ameli.fr)</i>	12
<i>Figure 4: Répartition des actions concernant les enfants au sein de l'ARS Hauts-de-France</i>	13
<i>Figure 5: Stratégie nationale de santé et plans nationaux thématiques (Source: Cour des comptes, actualisée par l'ARS Hauts-de-France)</i>	16

I. Introduction

Au 1er janvier 2020 la France comptait 15 millions d'enfants de moins de 18 ans (1) représentant 21% de la population française et 1,3 millions de ces enfants vivaient dans les Hauts-de-France (2).

Même si la part de cette population est importante, elle ne représente que 4,5 % des dépenses nationales de l'Assurance Maladie et son état de santé ne fait l'objet d'aucune évaluation globale. En effet la santé des enfants est principalement suivie sur des incidences ou prévalences de pathologies ayant un impact sanitaire important, affectant directement leur réussite scolaire ou pouvant être associés à des maladies chroniques à l'âge adulte (3) ou à partir de travaux de recherche ou d'enquêtes ponctuelles sur la base d'échantillons d'enfants et de questionnaires standardisés.

De même aucun indicateur global n'a été mis en place afin d'évaluer le parcours de santé et de soins de l'enfant qui apparaît pourtant affiché dans de nombreux plans de santé nationaux ou régionaux.

A. Le parcours de santé de l'enfant

Tout d'abord il convient de définir ce qu'est un enfant.

Alors que les définitions d'enfant et d'adolescent ne font pas systématiquement consensus chez tous les acteurs du champ de l'enfance (4), dans le domaine de la santé la pédiatrie est considérée comme la spécialité qui prend en charge la santé des individus de la naissance à 18 ans, même si aujourd'hui de nombreux services hospitaliers de pédiatrie ne prennent en charge les enfants que jusqu'à l'âge de 16 ans.

L'enfance est elle-même découpée en plusieurs périodes, elles aussi variables selon les sources, mais il est d'usage de considérer les périodes suivantes :

- Nouveau- né : de la naissance à 27 jours
- Nourrisson : de 28 jours à 23 mois
- Petit enfant : de 2 à 5 ans
- Enfant : de 6 ans à la puberté
- Adolescent : de la puberté à 18 ans

Dans cette étude nous prendrons en compte le parcours de l'enfant dans sa globalité c'est-à-dire de 0 à 18 ans, bien qu'évidemment des spécificités s'appliquent à chacune de ces tranches d'âge.

À chaque période de sa vie l'enfant a de nombreuses composantes gravitant autour de lui et chacune d'elle, de façon isolée ou synergique, peut avoir un impact sur sa santé. On retrouve alors des déterminants intrinsèques à l'enfant (comme son patrimoine génétique et ce qui relève de l'inné) mais également des déterminants environnementaux et sociaux (éducation, entourage, écoles...) qui conditionnent sa santé actuelle et future comme l'illustre le schéma ci-dessous :

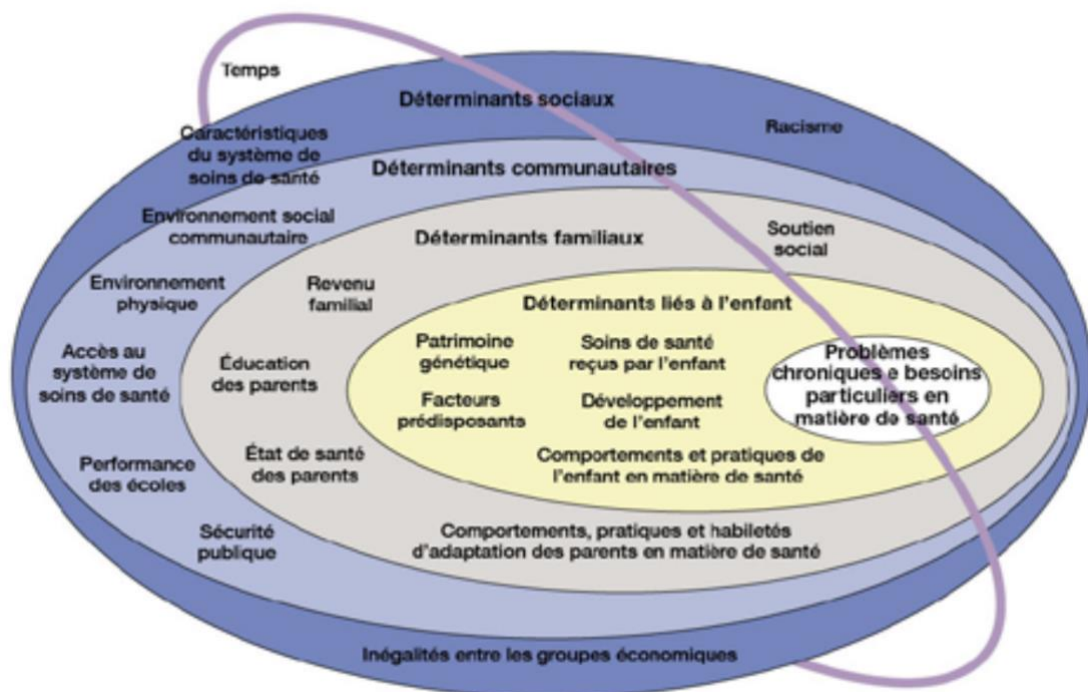


Figure 1: Déterminants de problèmes chroniques et de besoins particuliers en matière de santé chez les enfants (Newacheck, Rising et Kim, 2006 dans Newacheck et coll, 2008, p348)

Bien évidemment ces différents déterminants sont nombreux et complexes et peuvent également donner lieu à des inégalités sociales de santé de l'enfant dont les répercussions sur la santé et le devenir de ce dernier sont bien décrites dans la littérature (6).

Ainsi afin d'assurer une bonne santé de l'enfant qui comme le définit l'OMS est « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (7), il est nécessaire de prendre en compte toutes ses dimensions, la difficulté étant que chacune de ces composantes dépend de secteurs et d'acteurs différents.

Dans cette optique il convient de définir le terme de parcours qui peut inclure, plus ou moins selon ses spécificités, les différentes composantes de santé de l'enfant. D'autant plus qu'à l'heure actuelle la majorité des plans nationaux et régionaux de santé mettent en avant les parcours des patients comme une de leurs priorités majeures visant à améliorer la bonne santé de la population.

Le Ministère de la Santé a défini un parcours comme une prise en charge globale, organisée et continue des patients au plus proche de leur lieu de vie et proposent 3 catégories de parcours (5) :

- **les parcours de santé**, qui articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile
- **les parcours de soins**, qui permettent l'accès aux consultations de 1er recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins : hospitalisation programmée ou non (urgences), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD), etc
- **les parcours de vie**, qui envisagent la personne dans son environnement : famille et entourage, environnement, loisirs,...

Pour notre étude nous avons fait le choix de considérer le **parcours de santé des enfants** car il désigne l'ensemble des étapes et du chemin parcouru par un enfant au sein du système sanitaire et social et ce concept englobe une partie majeure des déterminants de santé que sont la prévention, les soins et les aspects médico-sociaux et sociaux.

B. Une santé morcelée entre de nombreux acteurs

La santé des enfants en France est gérée par divers acteurs mais cette gestion se caractérise souvent par un morcellement pouvant entraver l'efficacité des interventions.

Ainsi la santé de l'enfant, à l'échelon régional, se retrouve sous la responsabilité partagée des parents et de l'entourage en premier lieu mais également des institutions de santé (Ministère de la Santé, ARS, Assurance Maladie), des départements avec la PMI et l'Aide Sociale à l'Enfance, des collectivités territoriales, de l'Éducation Nationale et également de tous les professionnels de santé, libéraux et hospitaliers, et des professionnels de la petite enfance.



Figure 2: Les acteurs intervenant sur la santé des enfants en France

D'ailleurs l'article L. 2111-1 du code de santé publique (8) définit la promotion et la protection de la santé maternelle et infantile comme une mission partagée entre l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale.

La complexité d'une telle gouvernance partagée réside dans le fait que tous ces acteurs ont un champ d'action, un fonctionnement et mode d'organisation, des financements et des territoires différents et qu'ils doivent également appliquer la politique nationale de Ministères différents.

1. L'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie ne suit pas une approche centrée sur la population globale, mais organise ses actions autour de pathologies spécifiques ou de dispositifs particuliers. Elle a également mis en place un ensemble d'actions ciblant les enfants notamment en termes de prévention et de promotion de la santé (campagnes de sensibilisation à l'importance des soins bucco-dentaires en classe de CP, programme MT dents, prévention des maladies liées à la nutrition, notamment l'obésité et le diabète, « Mission : retrouve ton cap »,...).

L'Assurance Maladie est également un acteur essentiel du parcours de soins et de santé de l'enfant via la désignation du médecin traitant, généraliste ou pédiatre, pour les patients de moins de 16 ans et la réalisation des **11 vaccins obligatoires** et des **20 examens de santé obligatoires** de l'enfant (dont 3 examens donnent lieu à un certificat obligatoire). Ces examens ont pour objet la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychoaffectif et neuro-développemental de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies, de déficiences ou de troubles sensoriels, la pratique et la vérification des vaccinations, la promotion de comportements et d'environnements favorables à la santé, et depuis 2021 le dépistage d'éventuelles contre-indications à la pratique sportive. Auparavant ces examens étaient tous effectués avant l'âge de 6 ans mais depuis le 1er mars 2019 ils s'étendent désormais jusqu'à l'âge de 16 ans (9) comme nous pouvons le voir sur la figure 3. Ces examens sont essentiels car avec la mise en place du médecin traitant ils correspondent au parcours de soins coordonné pour les enfants de moins de 16 ans tel que défini par le Ministère de la Santé (10). De plus les examens donnant lieu à des certificats obligatoires permettent la production de données sur la santé des enfants à l'échelon nationale même si dans les faits les examens ne sont pas systématiquement réalisés et les certificats assez mal renseignés (3).

CALENDRIER	
1	Dans les 8 jours suivant la naissance*
2	Au cours de la 2^e semaine
3	Avant la fin du 1^{er} mois
4	1 mois
5	2 mois
6	3 mois
7	4 mois
8	5 mois
9	8 mois*
10	11 mois
11	12 mois
12	Entre 16 et 18 mois
13	Entre 23 et 24 mois*
14	2 ans
15	3 ans
16	4 ans
17	5 ans
18	Entre 8 et 9 ans
19	Entre 11 et 13 ans
20	Entre 15 et 16 ans

*Consultation donnant lieu à l'établissement d'un certificat de santé obligatoire.

ameli.fr

Figure 3: Les 20 examens de suivi médical de l'enfant et l'adolescent (source: ameli.fr)

Au niveau national le mode d'organisation de l'assurance maladie reste largement centralisé, avec des priorités axées sur la gestion des risques et l'identification des principaux postes de dépenses pour l'assurance maladie obligatoire.

Au niveau local les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) appliquent les orientations nationales définies dans le COG (Convention d'objectifs et de gestion). On dénombre 9 CPAM les Hauts-de-France : 4 dans le Nord, 2 dans le Pas-de-Calais, 1 dans la Somme, 1 dans l'Aisne et 1 dans l'Oise. Elles n'ont peu ou pas d'adaptation aux spécificités locales et une articulation limitée avec le Projet Régional de Santé (PRS) des ARS (3).

2. Les Agences Régionales de Santé (ARS)

Les Agences Régionales de Santé (ARS), elles, assurent un rôle de pilotage de la politique de santé publique en région et de régulation de l'offre de santé dans toutes ses

dimensions (11). Chacune possède un Plan Régional de Santé (PRS) propre qui définit les objectifs pluriannuels des actions que mènent les ARS dans leurs domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Ceux-ci s'inscrivent dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforment aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale (12). Les PRS peuvent ainsi inclure des objectifs et des actions spécifiques aux enfants mais cela n'est pas une obligation.

Si nous prenons l'exemple du PRS 2018-2028 de l'ARS Hauts-de-France (13), celui-ci inclut 2 objectifs généraux dédiés à la santé des enfants :

- Objectif général 11 : Déployer le parcours des 1000 premiers jours et améliorer la santé de la femme et de l'enfant
 - ⇒ Dont l'objectif opérationnel 4 : **Mieux structurer un parcours de santé et de soins sans rupture pour chaque enfant**
- Objectif général 12 : Promouvoir la santé des jeunes

Ces objectifs ont la particularité d'être transversaux et concernent de nombreux acteurs et services au sein de l'Agence elle-même et impliquent de nombreuses thématiques : la périnatalité et petite enfance, les jeunes, la prévention, l'environnement, les violences faites aux femmes et aux enfants, l'handicap, les addictions, la santé mentale et le sport-alimentation comme l'illustre la figure ci-dessous.



Figure 4: Répartition des actions concernant les enfants au sein de l'ARS Hauts-de-France

Comme nous pouvons le constater sur ce schéma une telle multiplicité d'acteurs au sein même d'une institution nécessitent un partage d'informations et une bonne coordination entre les services concernés afin de garantir la transversalité du sujet de l'enfance.

3. La Protection Maternelle et Infantile (PMI)

Comme acteur institutionnel majeur dans le champ de la santé des enfants nous retrouvons également la Protection Maternelle et Infantile (PMI) qui est un service départemental, placé sous l'autorité du président du conseil départemental et qui est chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant (14). Il s'agit d'un service initialement dédié aux consultations et actions médico-sociales de prévention des femmes enceintes, des enfants de 0 à 6 ans et de planification et d'éducation familiale mais son champ d'intervention a largement été élargi au cours de ces dernières années.

Les PMI sont fortement ancrées sur leur territoire et reposent sur une approche de proximité et d'accessibilité en assurant un suivi continu avant, pendant et après la naissance de l'enfant théoriquement jusqu'à ses 6 ans. Elles se composent d'équipes pluridisciplinaires (médecins, sages-femmes, puéricultrices, infirmières, psychologues, d'assistant(e)s de service social, psychomotriciens, d'ergothérapeutes, etc) ce qui permet une prise en charge globale sur les plans médical, social et psycho-éducatif en prenant en compte la lutte contre les inégalités sociales de santé. En effet l'action des PMI repose sur un principe d'universalité proportionnée, garantissant l'accès à tous, avec une attention particulière aux publics vulnérables (3).

Les PMI assurent également comme mission le dépistage pour tous les enfants de 3-4 ans scolarisés en école maternelle en proposant un bilan de santé : examen médical, dépistage des troubles sensoriels et entretien avec un psychologue (15).

Ces services étant départementaux, on ne retrouve pas d'homogénéité ni de vision partagée au niveau régional.

4. L'Éducation Nationale

L'Éducation Nationale constitue le dernier acteur institutionnel majeur intervenant dans la santé de l'enfant. Alors que le bilan des 3-4 ans est réalisé en milieu scolaire par la

PMI, l'examen médical des 6 ans et le dépistage infirmier des 12 ans est lui réalisé par le personnel médical et paramédical de l'Éducation Nationale. Cette dernière réalise également, en matière de santé scolaire, la prévention et le repérage des troubles susceptibles d'affecter les apprentissages et des actions collectives de promotion et d'éducation à la santé. Dans les missions qui leurs sont attribuées, les médecins scolaires assurent également un rôle de veille sanitaire et le suivi des élèves à besoins spécifiques, que cela soit à la demande de l'équipe éducative ou des parents (16).

L'Éducation nationale est divisée en académies, dans les Hauts-de-France il en existe 2 : l'académie de Lille et l'académie d'Amiens.

À ce propos la Cour des Comptes avait déjà relevé dans son rapport d'avril 2020 (17) l'absence de coordination à l'échelle académique pourtant nécessaire à la mise en œuvre du parcours éducatif de santé, priorité de la Stratégie Nationale de Santé (SNS).

C. Un parcours de santé au carrefour de nombreux plans

La santé des enfants se situe au carrefour de la Stratégie Nationale de Santé et de nombreux autres plans de santé thématiques nationaux, pilotés par des acteurs institutionnels divers, non-coordonnés alors que les sujets sont très intriqués.

La santé des enfants figure au niveau national dans la SNS 2023-2033 mais également dans le Plan d'accès aux soins, le Plan « Ma Santé 2022 », le Plan National Santé Environnement 4 (PNSE), le Programme National Nutrition Santé 4 (PNNS), le Programme National pour l'Alimentation 3 (PNA), les plans d'actions OBESITE, la Stratégie Nationale pour les Troubles du Neuro-Développement, la Feuille de route Santé mentale et Psychiatrie, la Stratégie Interministérielle de mobilisation contre les Conduites Addictives (SIMCA), la Stratégie Nationale Sport Santé, la Stratégie Nationale sur les Perturbateurs Endocriniens (SNPE), la Stratégie Nationale de soutien à la Périnatalité, le Plan de lutte contre les violences faites aux enfants, la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté et plus spécifiquement de la Feuille de route des 1000 premiers jours et récemment de la Feuille de route 2024-2030 Pédiatrie et Santé de l'Enfant découlant des Assises de la Pédiatrie (voir figure 4).

Tous ces plans ayant des applications régionales venant se rajouter aux PRS et actions propres menées dans chaque région.

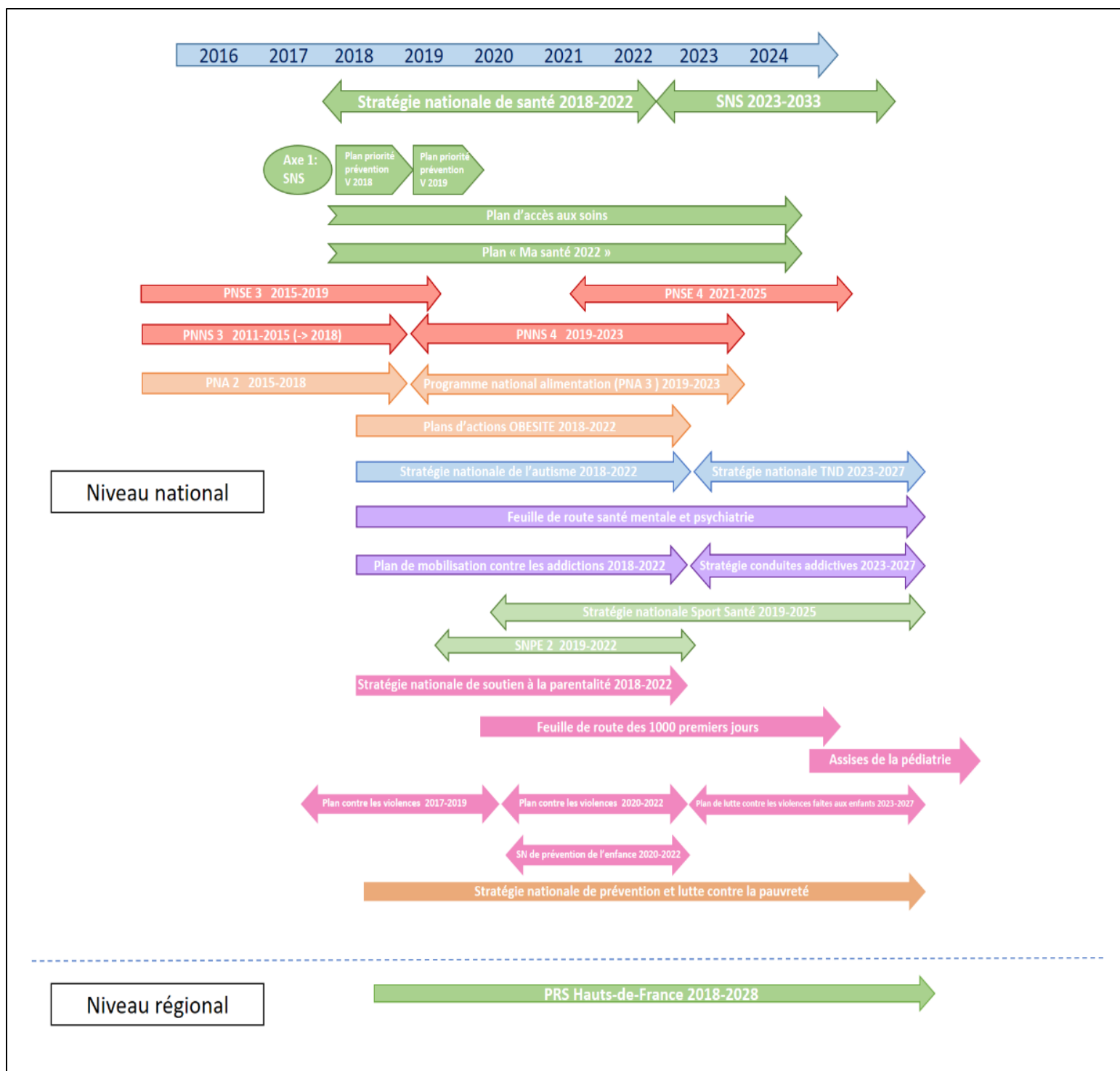


Figure 5: Stratégie nationale de santé et plans nationaux thématiques (Source: Cour des comptes, actualisée par l'ARS Hauts-de-France)

Un tel éclatement des politiques de santé concernant l'enfant, spécifiques à des pathologies ou à des champs d'action déterminés, avec des temporalités différentes et des financements divers, nous amène à nous poser la question de la coordination effective existant entre les différents acteurs.

Si l'on prend l'exemple des 1000 premiers jours, politique concernant à des degrés divers les ARS, l'Assurance Maladie et les PMI, comment s'effectue la collaboration entre ces différentes institutions, avec le national qui publie la feuille de route et avec les acteurs locaux confrontés aux réalités du terrain ? (18)

De même si on regarde la stratégie de prévention et de protection de l'enfance les CPAM ont une convention avec la PMI, les conseils départementaux ont une convention avec l'ARS, les rectorats ont une convention avec les CPAM et l'ARS a une convention avec les rectorats, le tout s'effectuant en parallèle sans aucun lien. Comment se mettent alors en place des actions synergiques dans un tel cadre de contractualisations multiples ?

À ce propos la feuille de route des Assises de pédiatrie (19), présentée le 24 mai 2024 et ayant découlé d'un travail mené de janvier à mai 2023 par le Comité d'orientation des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant, propose alors une contractualisation assurance maladie-ARS-PMI renforcée en 2025 dans le cadre de la politique des 1000 jours mais qu'en est-il des politiques de santé concernant les enfants de plus de 2 ans ?

On le voit à l'échelon régional des coordinations essaient de se mettre en place de façon plus ou moins réussie. Par exemple l'ARS Hauts-de-France a créé le Comité de Pilotage Périnatalité Petite Enfance afin de réunir les différents acteurs autour de la table pour la santé des enfants mais cela ne concerne que les enfants jusqu'à l'âge de 3 voire 6 ans. Et comme le Sénat l'a souligné dans un de ses rapports le **fonctionnement « en silos » de notre système de soins** à un niveau global persiste et génère en lui-même de la non-pertinence en contribuant notamment à des redondances d'actes (20).

De plus, dans cette organisation institutionnelle complexe, il convient de ne pas oublier le lien à établir avec les professionnels en ville et à l'hôpital, en effet 85% des consultations pédiatriques sont réalisées en ville par le médecin généraliste (6) et on a dénombré plus de 5,5 millions de passages annuels aux urgences pédiatriques en France en 2020 (19).

Tout ceci soulève la question de la lisibilité du parcours de santé de l'enfant, pour les institutions mais également pour les professionnels et les parents, dans un contexte institutionnel fragmenté de la sorte nécessitant de prendre en compte autant de plans nationaux.

D. Objectifs de cette étude

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les défis et les enjeux d'un parcours de santé qui se veut lisible et coordonné dans un contexte institutionnel si fragmenté.

En objectifs secondaires cette analyse vise à évaluer la perception de ce parcours de santé des enfants par les acteurs mêmes de ce parcours, analyser l'impact de cette fragmentation institutionnelle sur la santé des enfants et in fine de pouvoir formuler des recommandations d'amélioration de cette coordination essentielle pour assurer une prise en charge et un suivi de qualité d'enfant dans toutes ses dimensions.

II. Matériels et méthodes

A. Type d'étude

Le travail effectué correspond à une étude qualitative avec une approche inspirée de la théorisation ancrée. Cette approche nous semblait la plus adaptée pour étudier les opinions des divers acteurs et professionnels de santé vis-à-vis d'un phénomène commun expérimenté par ces derniers à savoir le parcours de santé de l'enfant.

B. Population étudiée

La méthode d'« approche par informateurs clés » décrite par R. Pineault dans « La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies » (21) a été utilisée. Celle-ci consiste à recueillir les données d'une population donnée via les informateurs clés correspondant aux personnes reconnues par la population affectée comme sources d'informations-clés. Il nous est apparu utile d'interroger des personnes ayant un éventail de perspectives, d'expertise, de connaissances locales et une vue d'ensemble du contexte dans le champ de la santé des enfants.

Ces informateurs clés occupent tous des postes participant et/ou appliquant des politiques de santé de l'enfant.

C. Recueil de données

Le recueil des données a été réalisé lors d'entretiens semi-dirigés individuels sur la période de Janvier à Juillet 2024. La grille d'entretien utilisée (Annexe 1) a évolué au fur et à mesure des entretiens.

Ces derniers ont été menés en présentiel sur le lieu de travail des personnes interrogées ou à l'ARS Hauts-de-France ou par visioconférence via le logiciel TEAMS. Ils ont été enregistrés à l'aide du dictaphone IPHONE© puis retranscrits manuellement et intégralement à l'aide du logiciel Word© puis les enregistrements vocaux ont été détruits à la fin de la retranscription.

En début d'entretien un code alphanumérique a été attribué à chaque participant ayant donné son accord pour l'entretiens puis ce code a été reporté sur la grille d'entretien semi-directif.

Les noms des personnes ont été pseudonymisées et la rédaction de ce travail a veillé à éviter toute donnée identifiante.

D. Analyse de données

Les verbatims obtenus par retranscription ont été analysés avec le logiciel Nvivo14© avec un codage des propos tenus et un regroupement par thèmes.

Une triangulation des données a été effectuée avec une autre interne de santé publique. L'étude a ensuite été évaluée selon les critères de rigueur scientifique de la grille COREQ (Annexe 2) (22).

III. Résultats

A. Description de l'échantillon étudié

Au total **12 informateurs clés** ont été interviewés. Tous sont des professionnels de santé ou agents participant directement à l'élaboration et/ou l'application des politiques de santé de l'enfance au niveau national et/ou régional et/ou local.

Ces informateurs clés occupent des postes dans les Hauts-de-France au sein d'institutions représentant l'État (le Département du Nord avec la PMI, l'Éducation Nationale, l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France), dans les établissements hospitaliers (pédiatres hospitaliers) ou exercent en libéral (pédiatres libéraux et représentants des médecins libéraux).

Il est à noter qu'aucun référent régional concernant la santé des enfants n'a pu être identifié au niveau de l'Assurance Maladie et qu'aucun des correspondants locaux contactés (CPAM) n'a répondu à nos sollicitations.

Quand cela a été possible le référent régional sur l'enfance de l'institution ou représentant une profession était directement interrogé, s'il existait, dans le cas contraire des référents à un niveau plus local (départemental) étaient interrogés.

Le parti a été pris de ne pas décrire les caractéristiques démographiques de ces informateurs clés dans un tableau où figureraient le code alphanumérique qui leur a été associé et leur lieu d'exercice, ceci dans le but de conserver leur anonymat.

B. Analyse thématique des entretiens semi-dirigés

1. Un parcours de santé s'inscrivant dans un contexte difficile

a) Démographie médicale et paramédicale en forte diminution

Dans tous les entretiens a systématiquement été évoqué de façon spontanée le **problème de la démographie médicale et paramédicale en pédiatrie** comme obstacle majeur à la mise en place d'un parcours de soins et de santé coordonné de l'enfant.

« Comment on est-censé bien soigner l'enfant alors qu'on vit sur le manque partout ? Il y a du manque en PMI, il y a du manque à l'hôpital, il y a du manque en libéral et ne parlons même pas de l'Éducation nationale. » (M11)

« J'aimerais bien pouvoir faire appliquer toutes les missions qui nous ont été confiées mais c'est impossible, comment je peux faire lorsque seulement 16 des 41 postes de médecins budgétés ont été pourvus ? » (M10)

« En ce qui concerne la santé de l'enfant là on est dans du palliatif au vu de nos effectifs » (M6)

D'autant plus que cette situation contribue à l'**épuiement professionnel** des équipes déjà surchargées, ce qui contribue à son tour à une baisse de la démographie médicale et paramédicale.

« Les soignants de pédiatrie sont en souffrance, le travail est difficile, les gardes sont lourdes, on manque de temps pour tout et du coup on a fuite de médicaux et de paramédicaux car ils n'en peuvent plus » (M6).

Ce manque de personnel à l'hôpital, en ville ou dans les institutions, ayant un **impact direct** sur la prise en charge des enfants.

« C'est sûr les enfants devraient être vus au collège et au lycée par les médecins scolaires mais le fait est qu'on en a plus, alors on a fait le choix de concentrer nos ressources en maternelle et en primaire et encore la visite obligatoire des 6 ans n'est pas toujours réalisée par un médecin, souvent c'est une infirmière » ;

« On prend beaucoup de retard, sur les 1030 demandes de cette année, 420 avaient été reçues l'année précédente et étaient en attente. C'est très compliqué et durant cette période l'enfant n'est pas pris en charge comme il devrait l'être » (M10)

« On passe son temps à courir mais on a du mal à répondre à toutes les demandes correctement et dans les suivis d'enfants y'a plein des choses qui se perdent » (M12)

Cette crise démographique étant d'autant plus marquée dans certains secteurs, notamment celui de la **pédopsychiatrie** qui était cité de manière spontanément dans la majorité des entretiens.

« La pédopsy c'est catastrophique, on a plus de pédopsychiatres, les délais pour une consultation sont parfois de plus d'un an, il n'y a plus même de places en hospitalisations. Et ça fait que les enfants sont en attente de prise en charge... » (M2)

b) Modification des pathologies de l'enfant

La crise de la pédopsychiatrie apparaît d'autant plus majeure aujourd'hui en raison d'une modification des pathologies retrouvées chez les enfants au cours des dernières

années. En effet les professionnels rapportent une **augmentation de la souffrance psychique chez les enfants** depuis quelques temps.

« Les enfants sont angoissés aujourd'hui, depuis la période Covid puis la guerre en Ukraine et tout, ils sont de plus en plus stressés et angoissés et on ne voyait pas ça il y a une dizaine d'années ou du moins pas dans ses proportions » (M6)

« On a beaucoup de souffrance quand même, surtout chez les adolescents. Il y a un lien flagrant avec le harcèlement, notamment le cyber harcèlement et c'est vraiment quelque chose qui émerge et qui prend des proportions assez effrayantes ; on essaie de repérer au mieux mais on a eu quelques évènements tragiques sur le département ces dernières années » (M10)

À cela s'ajoute également les **troubles du neurodéveloppement** qui sont en constante augmentation avec la plupart du temps une **formation insuffisante** des professionnels de santé sur ces pathologies mais également sur la pédiatrie en général.

« Moi je suis hospitalier de formation, je n'ai pas du tout été formé aux troubles du neurodéveloppement alors que dans mon cabinet maintenant j'en vois de plus en plus et je me rends bien compte de la difficulté de la prise en charge de ces enfants » (M7)

« Le problème avec les TND c'est que les médecins généralistes, qui voient 85% des enfants aujourd'hui, n'y sont pas formés. Même de façon plus globale ils ne sont pas vraiment formés à la pédiatrie, les enfants ne sont pas des mini-adultes » (M4)

c) Inégalités de santé marquées

Une autre des difficultés majeures dans la mise en place d'un parcours de santé coordonné de l'enfant et évoquée par la quasi majorité des personnes interrogées (9 sur 12) reste les **inégalités de santé** concernant les enfants.

Ces inégalités peuvent être **territoriales** :

« Sur notre territoire on a un secteur qui s'appelle la « banane blanche » et on n'a rien ou presque : peu ou pas de professionnels de santé et encore moins pour les enfants » (M2).

« Plus on s'éloigne des grands centres, plus c'est plus compliqué et moins on sait où adresser » (M12)

« On a 150 pédiatres libéraux sur la région et 80 sont sur la métropole lilloise, comment voulez-vous que ça fonctionne ? » (M7)

Ou **sociales**, avec des enfants présentant une ou plusieurs vulnérabilités. A plusieurs reprises les enfants de l'Aide Sociale à l'Enfance ont été évoqués en raison des nombreuses ruptures dans le parcours de santé.

« Leur santé [aux enfants protégés], elle est gérée avec des bouts de ficelle. Ils sont doublement victimes : victimes de leur situation familiale, puis de la situation institutionnelle » (M3)

« Les enfants de l'ASE nécessitent un suivi plus rapproché que n'importe quel enfant et pourtant on ne voit que des ruptures de soins parce que les enfants sont orientés de famille d'accueil en famille d'accueil et c'est souvent difficile de reconstituer l'histoire sanitaire de l'enfant. Et toutes ces ruptures de parcours vont alimenter plein de problèmes psychiques et somatiques qu'ils ont déjà et vont contribuer à des problèmes de développement et/ou des troubles du comportement qui vont rendre encore plus difficile leur placement et c'est une chaîne sans fin » (M9)

2. Un découpage du parcours le rendant difficilement lisible

a) *Parcours défini comme « flou »*

Dans tous les entretiens réalisés le parcours de santé de l'enfant aujourd'hui apparaît comme quelque chose de **mal limité, non défini, « flou » pour les professionnels** :

« On nous dit que le parcours de santé de l'enfant existe mais est-ce qu'il est formalisé ? Non. Il n'y a rien de formalisé. Certes il y a les visites obligatoires mais après, je sais pas, en fait je ne sais pas ce que recouvre ce mot » (M9)

« En fait je n'ai pas l'impression qu'il y ait un parcours réellement défini sur comment prendre en charge l'enfant. Certes il y a plein de ramifications : l'enfant sain, l'enfant

malade, l'enfant qui a des maladies chroniques, l'enfant qui a des TND, mais un parcours général sur la santé de l'enfant je vois pas» (M5)

Comme **pour les parents** :

« Les parents ils sont complètement perdus, ils n'y voient plus clair» (M6)

« On a infantilisé ou on a normé les comportements parentaux depuis des années et des années. En plus on est dans un monde d'hyper information, il y a de l'information partout et les gens sont complètement perdus parce qu'on leur dit non faut pas faire ça, faut faire telles visites, etc » (M7)

« On le voit bien les parents ne s'y retrouvent pas, ne savent pas toujours ce qui est à faire, quels examens réaliser, qui consulter,... ça reste beaucoup trop flou et les professionnels ne savent pas toujours répondre à leurs questions » (M12)

Ce manque de lisibilité du parcours ayant un **impact direct sur la prise en charge de l'enfant** :

« Le parcours de soins est chaotique. Parfois les enfants sont bien orientés tout de suite, soit des parents prennent leur bâton de pèlerin et tapent un peu à toutes les portes en multipliant les consultations et finissent par arriver plus ou moins au bon endroit » (M7)

« Moi je le vois bien, j'ai en consultation des enfants qui ne devraient pas être vus et d'autres que je vois bien trop tard car ils ont mal été orientés » (M4)

b) Rôles mal définis

Le découpage du parcours de santé de l'enfant entre les différents acteurs et institutions ainsi que le rôle de chacun apparaissent comme **mal définis**.

« La principale difficulté est la méconnaissance du travail de chacun » (M4)

« Il serait temps de clarifier les rôles de tous et de savoir qui fait quoi. Par exemple est-ce qu'on doit cantonner la prévention à la PMI et le traitement des épisodes aigus au médecin traitant ? Je ne sais pas » (M11).

Les acteurs ne connaissant parfois pas leur propre rôle :

« Moi, en fait, au départ, dans ma thématique je n'avais pas l'impression que j'allais devoir travailler sur le parcours de l'enfant mais seulement sur la périnatalité donc hors pédiatrie du coup c'est un monde que je découvre et je ne sais pas vraiment quels sujets je dois gérer » (M5)

« Pour un de mes projets j'ai contacté l'Éducation Nationale qui m'a dit de contacter le médecin scolaire référent sur la question, quand je l'ai eu au téléphone il m'a dit qu'il n'était même pas au courant qu'il était référent sur ce thème » (M1)

Ni ceux de leurs partenaires :

« Les médecins scolaires peuvent diagnostiquer des TND ? Ah je n'étais pas au courant qu'ils avaient un rôle dans ça, je croyais que c'était seulement les neuroped ou neuropsychy » (M12)

Cette méconnaissance des rôles pouvant amener à des **doublons d'actions** au niveau institutionnel **ou de prise en charge** en ville et à l'hôpital :

« On a quand même l'impression qu'il y a plein d'actions qui sont redondantes et non coordonnées, par exemple avec l'Assurance Maladie, et chacun fait de son côté, parfois la même chose, et c'est une perte de temps et de moyens ». (M12)

« Il y a quand même une sorte de concurrence entre les médecins généralistes et les pédiatres et comme rien n'est défini il y a parfois des doubles suivis qui n'ont pas lieu d'être » (M7)

c) Acteurs ne parlant pas le même langage

L'absence de continuité dans le parcours semble aussi s'expliquer par la diversité des champs d'action liés à l'enfance couverts par les différents intervenants, en particulier en ce qui concerne **l'âge des enfants pris en charge**, chaque acteur ayant un périmètre d'action limité n'étant pas toujours respecté.

« En PMI théoriquement c'est les enfants de 0 à 6 ans moins un jour. Mais finalement, on fait beaucoup de 0 à 3 ans, après, on ne voit plus les enfants, sauf pour la visite des 4 ans, car on n'a pas assez de ressources médicales » (M7)

« Les médecins de l'Éducation Nationale suivent en théorie tous les enfants d'âge scolaire mais en pratique ils sont seulement en maternelles et en primaires et encore pas partout » (M10)

« Nous à l'agence il y a un référent périnatalité qui se charge aussi de la petite enfance pour les enfants jusqu'à 3 ans puis un référent jeunes couvrant les 13-18 ans et entre deux on a trou dans la raquette » (M8)

De même institutions et établissements ne couvrent pas les mêmes **territoires**

« C'est pas forcément facile de tout articuler car l'Éducation Nationale est découpée en académies, donc 2 dans les Hauts-de-France, alors que les PMI raisonnent par départements, l'Assurance maladie par les territoires de CPAM, les établissements hospitaliers c'est du chacun pour soi et l'ARS est censée avoir une vision régionale de tout ça » (M5)

Enfin ce manque d'homogénéité se retrouve également dans les référentiels et outils utilisés par chacun.

En effet sur les 12 entretiens menés seules 2 personnes interrogées, toutes deux professionnels de santé, partageaient les mêmes référentiels concernant le parcours de soins et la santé des enfants. Tous les autres nommaient des **référentiels différents**, lorsqu'ils existaient, variant selon leur lieu d'exercice : recommandations HAS, recommandations des sociétés savantes, divers plans nationaux (PNSE, Stratégie TND, Feuille de route des 1000 jours, etc) ou régionaux (PRS) :

« Nous, personnellement on n'a pas vraiment de cadre réglementaire précis » (M2)

« On n'a pas un référentiel unique, on a, je dirais, des circulaires, des arrêtés, des décrets,... » (M10)

De même on retrouve cette hétérogénéité dans les **outils** utilisés par chacun :

« On a laissé à chacun liberté à tout le monde de faire ce qu'il veut, c'est-à-dire que chaque hôpital a développé son propre système de dossiers médicaux, chaque médecin généraliste a son propre système également, nous chaque PMI a des systèmes différents et aucun ne communiquent entre eux. Et puis, un beau jour, on se rend compte qu'il faut tout articuler et que c'est mission impossible » (M9)

« On est censés avoir une transmission d'informations par le carnet de santé papier et les certificats médicaux mais dans les faits c'est souvent mal rempli et plein d'informations se perdent » (M3)

3. Une coordination entre acteurs insuffisante à tous les niveaux

Dans tous les entretiens un **manque de communication majeur** entre les différents acteurs était évoqué ce qui conduisait à un **manque de coordination globale** dans le parcours de santé des enfants.

a) Intra-institutionnelle

Ce défaut de communication existe au sein même des institutions où la thématique de l'enfance nécessite une transversalité des projets et actions.

« Travailler en transversalité, ce n'est pas forcément toujours évident. Depuis que je suis arrivée je découvre petit à petit qui fait quoi mais je n'ai pas eu de transmissions claires et pour être honnête je n'ai aucune visibilité sur ce qui se fait quelques étages plus bas » (M5)

« Depuis le départ à la retraite d'une collègue il y a un an je n'ai pas eu de contact avec sa remplaçante donc là il faudrait reprendre une communication pour voir comment s'articuler » (M8)

b) Inter-institutionnelle

Ce manque de communication et de coordination étant d'autant plus marqué entre les différentes institutions sanitaires mais également dans l'articulation entre ville et hôpital.

« C'est très dur d'avoir des contacts avec l'Éducation nationale, je les ai conviés plusieurs fois à des réunions mais j'ai jamais eu de retour » (M1)

« J'avais un bon rapport avec le médecin responsable de la PMI du département, qui est parti, depuis je ne sais pas si quelqu'un a pris sa place, vous le savez-vous ? » (M10)

« On a une concertation affichée sur le papier avec l'Assurance Maladie mais ça c'est purement formel, en pratique on n'a aucune communication » (M8)

« Il n'y a pas de vraie coordination, ça manque de réseaux de maillage. Par exemple à l'hôpital il y a les réseaux de périnatalité, mais il n'y a pas de lien avec les PMI ni avec les libéraux et c'est dommage. Ça manque de formalisation tout ça » (M6)

« Très sincèrement y'a pas ou alors vraiment très peu de transmissions d'informations entre les hospitaliers et libéraux et c'est un manque. Et on retrouve la même chose en ville entre pédiatres et généralistes » (M4)

Et ce phénomène s'observe à tous les échelons : du national au régional à un niveau plus local

« On est censé avoir un référent pour les 1000 premiers jours au national mais l'équipe a changé et depuis on n'a plus eu de nouvelles » (M12)

« C'est compliqué parfois les relations avec le national, on a l'impression qu'ils ne se parlent pas entre eux, entre DGS et DGOS, ça fonctionne en silos et nous du coup on reçoit parfois des informations contradictoires » (M2)

« Avec le terrain c'est très variable, généralement ça se passe bien mais parfois la communication est difficile quand il s'agit de faire appliquer des mesures à la ville et l'hôpital » (M3)

L'absence de référents formellement identifiés au sein des institutions a également été évoquée comme facteur responsable d'un défaut de communication dans la majorité des entretiens :

« C'est dommage de ne pas avoir de référent pédiatrie au niveau de l'agence, ça manque, car on le voit bien il faut toujours récupérer des miettes chez l'un et chez l'autre pour essayer d'avoir une vue d'ensemble de ce qui est fait pour l'enfant » (M1)

« J'essaie de me mettre en contact avec l'Assurance Maladie mais c'est très compliqué, il n'y a plus de référent pédiatrie et ça complique beaucoup la communication » (M8)

« Jusqu'à maintenant il n'y avait pas de référent santé des enfants au niveau du rectorat donc les contacts étaient assez difficiles car multiples mais maintenant ça va peut-être changer, j'ai entendu qu'ils avaient recruté quelqu'un » (M11)

c) Personnes bloquantes

Selon la moitié des personnes interrogées cette absence de dialogue entre les différents acteurs est parfois renforcée par des **comportements individuels** rendant la coordination difficile voire impossible.

« Ça peut être un peu mal pris ce que je dis mais je pense que malheureusement, il y a de temps en temps, des personnes qui ne vivent que par l'autorité qu'ils ont. Et même si les projets sont bons, s'ils ne viennent pas d'eux ou s'ils ne sont pas d'accord, ils ne les laissent pas vivre et ça ça épuise beaucoup les équipes » (M7)

« Il y a plein de choses complètement aberrantes avec des niches de groupes d'influence qui déterminent à elles seules ce qui est bon ou pas pour l'enfant » (M6)

« On a aussi des difficultés au sein de l'agence avec une retenue d'informations par quelques personnes qui empêche de ce fait un véritable travail conjoint et synergique » (M1)

« De toute façon on connaît tous cette personne, et je ne dois pas être la première à vous en parler, qui bloque tous les projets qui ne lui conviennent pas et dénigre constamment le travail des autres » (M11)

4. Une vraie volonté des acteurs en attente de changement

a) Acteurs volontaires

Une véritable **volonté des acteurs à améliorer le parcours de santé de l'enfant** en mettant en place une bonne coordination des différents acteurs transparait lors des entretiens.

« On a, je pense, le plus beau métier du monde avec comme intérêts nos petits patients. Je pense que si on met chacun un peu d'eau dans notre vin, les choses peuvent s'organiser, on peut se coordonner, même s'il faut être un peu accroché » (M7)

« Il a fallu se battre pour qu'on fasse passer des projets transversaux notamment pour les tout petits mais ça veut dire qu'il y a quand même une volonté » (M6)

« Autant que je peux j'essaie de réunir mes collègues et les partenaires sur les projets que je mène, en créant des groupes de travail par exemple, pour s'assurer de l'adhésion de chacun et que tous puissent exprimer leur avis » (M12)

Avec également comme objectif de **remettre l'enfant au centre du parcours** :

« Oui, il faut vraiment replacer le patient, l'enfant, dans le parcours de soins, c'est lui qui doit être prioritaire sur tout et tout doit partir de lui » (M3)

« Il faut vraiment remettre l'enfant au centre de tout ça car beaucoup l'ont oublié mais les enfants sont l'avenir » (M7)

Volonté qui s'est traduite au niveau régional comme national par la mobilisation massive des professionnels pour les Assises de pédiatrie :

« La première chose qu'on peut dire c'est bravo à tous ces gens qui ont participé aux assises. Il y a eu une émulation et beaucoup de travail qui a été fait afin d'améliorer la santé des enfants et ça il faut le reconnaître » (M2)

b) Auteurs de projets innovants

La volonté des professionnels se traduisant également par la création de projets innovants dans le champ de l'enfance visant à améliorer leur parcours de santé et leur prise en charge et pour lesquels une réelle coordination est mise en place.

« Sur le territoire des Hauts-de-France on met en place l'ESS (Équipe de Soins Spécialisées en Pédiatrie) et parmi nos missions on a « favoriser les échanges afin de créer des filières fluides » : Comment fais-je pour contacter la PMI de mon secteur, la médecine scolaire ? Est-ce qu'on peut travailler sur les projets de soins des enfants

scolarisés ? C'est vraiment de créer du lien et de mettre ça à disposition, pas simplement des pédiatres libéraux, mais de tous les acteurs médicaux » (M7)

« Avec l'Assurance Maladie on se réunit souvent pour mettre en place et évaluer nos projets santé pour les enfants comme MT Dent, la Mission Retrouve Ton Cap, la Prévention Obésité et plus récemment le projet Mission Accompagnement qui permet aux médecins et infirmières de l'éducation nationale d'alerter via une application quand un enfant et sa famille n'arrivent pas à accéder aux soins » (M10)

c) Nombreuses attentes

Les **attentes de changements** en ce qui concerne la santé des enfants sont nombreuses et systématiquement exprimées par les différents acteurs, que cela soit par les professionnels de santé comme par les agents dans les institutions sanitaires. Ces changements attendus concernent aussi bien le versant organisation et coordination du parcours de santé :

« J'espère vraiment qu'on pourra développer une meilleure coordination entre les différentes institutions afin d'avoir une meilleure articulation des projets autour des enfants. On a un besoin réel d'une transversalité des projets, interne et externe à l'agence, et d'un cadre stratégique défini » (M1)

« Ce qu'il faudrait c'est une fluidification des parcours et dispositifs déjà en place en ce qui concerne l'enfance avant de vouloir faire à tout prix de nouveaux projets » (M2)

« On a besoin de trouver des nouveaux modèles organisationnels pour répondre aux besoins actuels » (M3)

« On aimerait bien qu'il y ait quelque chose de maillé, de cohérent, qui corresponde aux besoins de la population. Il faudrait tout repenser, il faudrait tout reconstruire » (M6)

« Moi ce que j'attends c'est un cadre national défini et des objectifs de santé publique » (M9)

« Les professionnels de terrain attendent une vraie gouvernance régionale, ils l'ont plusieurs fois exprimé » (M5)

Que sur le versant promotion et prévention en santé à intégrer dans le parcours de santé de l'enfant :

« On a beaucoup d'espoir qui repose sur ces assises de la pédiatrie parce que l'idée, ce serait effectivement de travailler le plus possible en amont. Donc on espère beaucoup de ces assises pour pouvoir avoir des directives un petit peu plus cadrées, on va dire, et plus harmonisées pour vraiment mettre le paquet sur la promotion de santé, mais en travaillant pour que tout le monde s'empare de ce concept de promotion de santé »
(M10)

« J'espère qu'à un moment ils vont se rendre compte que pour être moins malade il faut faire plus de prévention » (M12)

« La prévention est essentielle car on sait que les premières années de vie vont influencer le reste de la vie et de la santé de l'enfant donc c'est primordial et c'est à ce moment qu'il faut agir » (M9)

En mettant notamment l'accent sur le **rôle proéminent des enfants et de leur famille** :

« On a vraiment 2 choses à faire pour améliorer le parcours de l'enfant. Un, sur la prévention. Deux, sur l'information des familles, que les gens comprennent mieux le système de santé, quand consulter, qui consulter, le premier et le second recours,... »
(M6)

« Moi, particulièrement en pédiatrie, je trouve qu'on a une responsabilité dans l'accompagnement des parents, dans leur guidance et dans le renforcement de l'idée qu'un parent, c'est la personne plus à même à prendre en charge son enfant. Ils ont des compétences et c'est important de les valoriser» (M7)

IV. Discussion

A. Forces et limites de cette étude

Cette étude présente des forces et des limites. Nous les développons ci-dessous et au moyen de la grille COREQ (annexe 2) (22)

a) Limites de l'étude

Une des limites de l'étude était le manque d'expérience de l'investigatrice pour laquelle ce travail de thèse était la première expérience en recherche qualitative.

De plus l'investigatrice était en stage à l'ARS Hauts-de-France tout au long de ce travail de thèse, un biais peut exister en raison d'une vision partielle et de la méconnaissance du fonctionnement des institutions autres.

On peut aussi noter que la méthode de recrutement des interlocuteurs peut induire un biais de représentation. En effet ces derniers peuvent ne pas avoir une vue d'ensemble sur les pratiques au sein même de leur institution ou de leur secteur.

De même l'absence d'entretien avec l'Assurance Maladie, que cela soit à un niveau régional ou plus local, limite les résultats de notre étude en raison de la composante majeure qu'occupe cet acteur dans le parcours de santé des enfants mais cela nous apporte aussi une information clé concernant le manque de communication à ce niveau.

b) Forces de l'étude

Les forces de cette étude résident premièrement dans fait qu'elle soit la première étude qualitative à s'intéresser aux défis de coordination qu'implique le parcours de santé de l'enfant dans sa globalité (et non pas pour un parcours spécifique pour une pathologie donnée), ce travail permet ainsi d'ouvrir de nouvelles pistes de réflexion.

Une autre force de cette étude est sa méthodologie :

- le guide d'entretien a été évolutif tout au long de l'étude, permettant également d'intégrer les nouvelles données dans le champ étudié (exemple : les Assises de la pédiatrie)
- les entretiens ont été menés jusqu'à suffisance des données, aucune nouvelle idée n'a été émise après le dixième entretien, cela a été confirmé par 2 entretiens supplémentaires.
- la triangulation des données a été réalisée pour cette étude : les entretiens ont été analysés et codés par 2 personnes et le codage s'est avéré cohérent.

Et enfin la **méthode des informateurs clés** constitue une force car celle-ci nous rapporte en plus des constats partagés par les personnes interrogées, en accord avec

les données et diagnostics objectivés à notre disposition, une information essentielle sur la propension des acteurs à s'impliquer dans une conduite du changement (23) et de ce fait légitime nos perspectives d'amélioration.

B. Comparaison par rapport à la littérature existante

La littérature scientifique n'est pas très développée en ce qui concerne la lisibilité et la coordination des parcours de santé et en particulier ceux des enfants, ce qui a justifié notre recherche, néanmoins plusieurs rapports et feuilles de route se sont intéressés à ce sujet.

Ainsi la Cour des Comptes a publié en 2021 le rapport « La santé des enfants : une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé » (3) qui mettait déjà en lumière les défis posés par la diversité des acteurs institutionnels impliqués dans la santé des enfants. Il faisait également le constat d'un décalage entre le niveau national des priorités de la Stratégie Nationale de Santé de la DGS et le niveau d'action régional des ARS et départemental de l'Assurance Maladie, de l'Éducation Nationale et de la PMI. Était également évoqué l'importance de mettre la prévention au cœur de l'approche de santé des enfants et d'adopter une approche territoriale du parcours de santé en prenant en compte la démographie médicale. Au vu des constats établis, le rapport avait émis 12 recommandations regroupées en 3 axes : améliorer la gouvernance et le pilotage, renforcer l'offre de soins à destination des enfants et construire un parcours de soins territorialisé. Nous pourrions notamment citer les recommandations 2 et 3 qui nous semblent pertinentes au vu des résultats de notre étude :

- *Recommandation n°2 : Renforcer le pilotage interministériel pour la santé des enfants en s'appuyant sur un CoSEJ (Comité pour la Santé des Enfants et des Jeunes) renouvelé dans ses missions et son fonctionnement (ministère de la santé).*
- *Recommandation n°3 : Unifier le cadre de contractualisation entre l'ARS, l'assurance maladie, la PMI et l'éducation nationale pour garantir la cohérence des actions et des financements relatifs à la santé des enfants pour renforcer les compétences d'animation des ARS au niveau départemental (SGMAS, Cnam).*

De même dans son rapport de 2020 « La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France »(6), l'IGAS établissait des constats similaires à ceux retrouvés dans notre étude, soulignant la crise démographique touchant la pédiatrie libérale, l'accès aux soins compliqué par un manque de lisibilité des dispositifs de suivi, une coordination insuffisante des acteurs de la santé de l'enfant et d'importantes inégalités sociales affectant la prise en charge des enfants.

À l'instar de la Cour des Comptes, l'IGAS avait émis 21 recommandations concernant les soins de santé de l'enfant en France dont 5 recommandations étaient dédiées à « Clarifier et renforcer les compétences des professionnels de santé de l'enfant en ville pour un suivi universel et une prévention renforcée » et 4 recommandations portaient sur « Généraliser les coopérations territoriales pour organiser les parcours de soins pédiatriques et garantir le suivi de l'ensemble des enfants ».

Force est de constater que plus de 3 ans après la parution de ces rapports, ces recommandations n'ont peu ou pas été prises en compte par les décideurs politiques.

Plus récemment, les Assises de la Pédiatrie avaient défini comme premier axe « Garantir à tous les enfants un parcours de santé de qualité et sans rupture » (24), mais dans la feuille de route qui en découlée, cet axe n'a été ni défini ni repris (19).

C. Pistes d'améliorations

Notre étude met bien en lumière la complexité de la coordination des différents acteurs intervenant dans le parcours de santé de l'enfant qui, de ce fait, perd en lisibilité.

Comme évoqué précédemment bon nombre de recommandations ont été émises au niveau national (Cour des Comptes, IGAS,...) mais peu semblent avoir été prises en compte tant au niveau national qu'au niveau régional.

C'est pourquoi, en piste d'amélioration, nous pensons qu'une **formalisation claire au niveau national du parcours de santé de l'enfant** assortie d'un cadre réglementaire précis et de mesures définies apparaît nécessaire afin d'améliorer l'organisation et la coordination des acteurs à grande échelle, ce qui créerait les conditions optimales pour

permettre au niveau régional et local d'agir. Mais ceci implique une mobilisation d'acteurs et un temps de réflexion et de mise en place importants.

Outre cette mesure qui impliquerait une refonte de grande ampleur, plusieurs actions peuvent être effectuées à un échelon régional afin de fluidifier le parcours de santé de l'enfant et d'améliorer la coordination des acteurs locaux.

En premier lieu il pourrait être pertinent de mettre en place une **gouvernance régionale** concernant la santé des enfants, de 0 à 18 ans, porté par l'un des acteurs majeurs du parcours comme par exemple l'ARS Hauts-de-France ou l'Assurance Maladie. Mais pour se faire la désignation d'un **réfèrent « pédiatrie »** au sein de chacune des institutions ou secteurs concernés apparaît comme une nécessité, déjà pour faciliter l'identification des interlocuteurs par les différents partenaires mais également afin de centraliser les informations pour une institution donnée et de pouvoir restituer la vision globale du parcours de l'enfant portée par cette dernière. Ainsi la première étape de cette gouvernance serait déjà de réunir tous les acteurs, institutionnels et professionnels (via leurs référents), autour de la table afin de pouvoir clarifier les rôles de chacun et réfléchir ensemble aux moyens pour améliorer la communication intra et inter-institutionnelle et entre la ville et l'hôpital.

Une autre piste pour améliorer la fluidité du parcours de l'enfant serait **d'homogénéiser les outils utilisés par les différents acteurs**. Ceci semble être déjà en bonne voie avec une dématérialisation du carnet de santé de l'enfant annoncée pour le début d'année 2025, après avoir été repoussée à de nombreuses reprises. Cela permettrait un partage d'informations plus importants entre les différents acteurs et permettrait d'avoir une vision plus globale de la santé de l'enfant en retrouvant au même endroit toutes ses composantes (visites obligatoires de l'Assurance Maladies, dépistages de la PMI, examens de médecine scolaire, hospitalisations, actes réalisés par le médecin traitant,...). Une fois mis en place il serait intéressant de suivre la bonne adhésion des professionnels ainsi que la collecte de données effectuée. Mais le carnet de santé ne représente pas l'ensemble des outils utilisés et il serait bon de commencer une réflexion autour d'une utilisation commune de ces derniers (logiciels en particulier) ou du moins une éventuelle transmission de données entre ces différents outils.

Une autre piste à explorer et qui était évoquée à de nombreuses reprises dans notre étude est le **virage préventif de la santé des enfants et l'implication des usagers**, en l'occurrence des enfants et des parents.

Ceci suppose une bonne lisibilité du parcours, déjà pour les acteurs et professionnels eux-mêmes, afin de pouvoir communiquer des informations claires aux parents sur les facteurs de risques pour la santé de leur enfant, les moyens de prévention mais aussi sur le bon usage du système de soins : les signes qui doivent alerter, quand et qui consulter, ... Cette information pourrait se faire par exemple à travers une campagne de communication régionale et concertée entre les différents acteurs qui relaieraient tous la même information via les différents professionnels ou établissements impliqués par exemple.

Une attention particulière devra être portée aux vulnérabilités sociales qui touchent les enfants et sont responsables de nombreuses ruptures de parcours. Et bien que ce sujet soit essentiel, nous ne le développerons pas ici étant donné que les différents acteurs nationaux et régionaux se sont déjà saisis du sujet, un parcours de soins coordonné pour les enfants protégés devra normalement être publié en 2025.

Pour finir, de façon plus générale l'amélioration du parcours de santé des enfants passe également par la résolution de problèmes dépendant du système de santé dans son ensemble et par les questions de démographie médicale et paramédicale en baisse dans quasiment tous les secteurs.

Néanmoins des mesures spécifiques à la pédiatrie pourraient être prises concernant l'amélioration de l'attractivité des métiers médicaux et paramédicaux dans ce secteur (notamment par la revalorisation des prises en charge de l'enfant en ville comme à l'hôpital, la revalorisation des salaires des médecins de PMI et de l'Éducation Nationale,...) mais ceci est un sujet dépassant largement le cadre régional.

V. Conclusion

À l'heure actuelle, alors que le parcours de santé de l'enfant est affiché dans de nombreux plans de santé nationaux et régionaux, il est confronté à de nombreux défis, parmi lesquels la coordination entre les différents intervenants occupe une place centrale.

Ce parcours, déjà marqué par les difficultés liées au contexte démographique actuel, pâtit également d'un manque de communication et d'une coordination insuffisante à tous les niveaux, qu'il s'agisse des relations intra ou inter-institutionnelles, entre la ville et l'hôpital, ou encore entre les échelons nationaux et locaux. La diversité des champs d'action et des territoires couverts par les divers acteurs, l'hétérogénéité des outils utilisés, ainsi qu'un manque de définition claire des rôles de chacun, sont autant de facteurs venant renforcer ces difficultés. Ce manque de coordination globale et effective rendant le parcours de santé difficilement lisible, pour les professionnels comme pour les parents, et ayant un impact direct sur la prise en charge des enfants et leur santé.

Néanmoins cette étude a également mis en évidence un réel engagement de la part des acteurs concernés, qui se montrent force de propositions afin d'améliorer la coordination et la lisibilité de ce parcours et qui sont prêts à mettre en œuvre des changements dans l'intérêt commun des enfants.

Parmi les perspectives d'amélioration proposées à l'échelle des Hauts-de-France figurent la mise en place d'une gouvernance régionale avec un référent « santé des enfants » désigné par institution ou secteur, l'harmonisation des outils utilisés ou du moins une interconnexion des données entre ces derniers, ainsi qu'un investissement accru dans la prévention et la promotion de la santé des enfants en impliquant ces derniers et leurs parents.

Pour conclure il est également nécessaire de prendre en compte l'enfant dans sa globalité, dans toutes ses dimensions et toutes les classes d'âge que l'enfance comporte, afin d'assurer un parcours de santé fluide et sans discontinuité pour chaque enfant.

Références

- (1) Population 2020 selon l'âge INSEE, en 10 tranches - data.gouv.fr [Internet]. [cité 1 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/population-2020-selon-lage-insee-en-10-tranches/>
- (2) : Population par tranches d'âge, échelon régional, données 2020, OR2S Hauts-de-France
- (3) : La santé des enfants, une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Décembre 2021. Cour des Comptes.
- (4) : Vernazza-Licht N. Les âges de l'enfant : réflexions sur l'usage des catégorisations. In: Lang, Aujard, Gindt-Ducros, al B de V et, éditeurs. Le dispositif statistique de surveillance et de recherche sur la santé de l'enfant. 2019.
- (5) DGOS_ Ministère de la santé et de l'accès aux soins. Parcours de santé, de soins et de vie. [cité 1 sept 2024]. Disponible sur <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
- (6) : Inspection générale des affaires sociales RM2011-065P - Mai 2011 - RAPPORT Établi par Alain LOPEZ Marguerite MOLEUX Dr Françoise SCHAETZEL Claire SCOTTON Membres de l'Inspection générale des affaires sociales Les inégalités sociales de santé dans l'enfance Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant.
- (7) : Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
- (8) : Article L2111-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 1 sept 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031927359/
- (9) : Décret n° 2019-137 du 26 février 2019 relatif aux examens médicaux obligatoires de l'enfant et au contrôle de la vaccination obligatoire.
- (10) : Ministère de la Santé et de la Prévention [En ligne]. [cité le 1 sept 2024]. Disponible : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_16.pdf
- (11) : Gouvernement. Budget du gouvernement. [cité 1 sept 2024]. Disponible sur: https://www.budget.gouv.fr/files/uploads/extract/2022/PLF/BG/PGM/124/FR_2022_PLF_BG_PGM_124_OPE.html

- (12) : Le projet régional de santé [Internet]. 2023 [cité 1 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-15>
- (13) : ARS Hauts-de-France. Schéma régional de Santé 2023-2028 [cité 1 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-15>
- (14) : Protection maternelle et infantile | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 1 sept 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/protection-maternelle-et-infantile>
- (15) : Bilan de santé des enfants de 3-4 ans - Département du Nord [Internet]. [cité 1 sept 2024]. Disponible sur: https://ancien-site.lenord.fr/jcms/prd1_333093/bilan-de-sante-des-enfants-de-3-4-ans
- (16) : Ministère de l'Education: Bulletin Officiel de l'Education Nationale BO spécial N°15 du 30 novembre 2000 [Internet]. [cité 1 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/2001/special1/default.htm>
- (17) : Cour des comptes, Les médecins et les personnels de santé scolaire, avril 2020.
- (18) : Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2023/14 du 31 juillet 2023.
- (19) « ASSISES DE LA PÉDIATRIE ET DE LA SANTÉ DE L'ENFANT », Gouvernement. [cité 1 sept 2024]. <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp-assises-de-la-pediatrie-et-de-la-sante-de-lenfant.pdf>
- (20) : Sénat. Améliorer la pertinence des soins : un enjeu majeur pour notre système de santé. Rapport d'information n°668 (2016-2017), déposé le 20 Juillet 2017
- (21) : PINEAULT R., DAVELUY C. La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies. Montréal : Editions nouvelles, 1995, 480 p.
- (22) : Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care. déc 2007;19(6):349-57
- (23) : Merdinger-Rumpler C, Nobre T. Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital ? Management & Prospective. 2011;Volume 28(3):51-66.
- (24) : Ministère de la santé et de l'accès aux soins [En ligne]. Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant – Ministère de la santé et de l'accès aux soins ; [cité le 1 sept 2024]. Disponible : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/article/assises-de-la-pediatrie-et-de-la-sante-de-l-enfant>

Annexes

Annexe 1 : grille d'entretien semi-directif

Guide d'entretien semi-directif pour le parcours de santé de l'enfant dans les Hauts-de-France

Identifiant :

Date de l'entretien : / /

Introduction

Bonjour, je suis CF, et le but de cette rencontre aujourd'hui est d'effectuer un bilan des politiques de santé régionales concernant l'enfant et de voir comment s'articulent les différents acteurs. Un point est également apporté à l'identification d'éventuelles difficultés rencontrées dans ce champ afin de pouvoir, in fine, proposer des améliorations. **Cette restitution sera anonyme.**

Entretien semi-directif :

Actions propres :

- 1) Dans quelle mesure vous intervenez sur les politiques de santé de l'enfant ? Quel est votre champ d'action ?
- 2) Quels référentiels et outils utilisez-vous afin de guider votre action ?

Vue d'ensemble :

- 3) Aujourd'hui comment définiriez-vous le parcours de santé de l'enfant ?
- 4) Comment se passe la coordination avec les différents acteurs du champ de l'enfance ?
- 5) Rencontrez-vous des difficultés concernant cette thématique ? Si oui, lesquelles ?
- 6) Selon vous qu'est-ce qui pourrait permettre une amélioration du parcours de santé de l'enfant ?
- 7) Qu'avez-vous pensé des Assises de la pédiatrie et de la feuille de route qui en a découlée ?

Annexe 2 : Grille COREQ (22)

N°	Items	Guide questions/description	
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Cécilia Fallara
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD	3ème cycle des études médicales
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne de santé publique
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Débutante
Relations avec les participants			
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Certains parfois rencontrés antérieurement lors de réunions communes
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants de l'enquêteur ?	Certains parfois rencontrés antérieurement lors de réunions communes
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche	Interne de santé publique actuellement en stage à l'ARS
Domaine 2 : Conception de l'étude Cadre théorique			
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu	Analyse qualitative par théorisation ancrée
Sélection des participants			
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige	Méthode des informateurs clés

11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel	Courriel
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	10 participants
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Non réponse de 8 personnes contactées
Contexte			
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont- elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail	ARS, lieu de travail, visioconférence
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date	Tous travaillent dans le champ de l'enfance
Recueil des données			
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable?	Non le guide n'était pas fourni. Il avait été testé préalablement au sein de l'ARS
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois?	Non
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données?	Oui enregistrement par Dictaphone
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group)?	Oui
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Durée moyenne de 46 min
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Décidé après suffisance des données

23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
Domaine 3 : Analyse et résultats Analyse des données			
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Deux
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	NVivo 14
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction			
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant	Oui
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y'a-t'il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

AUTEUR(E) : Nom : FALLARA

Prénom : Cécilia

Date de soutenance : 18 Octobre 2024

Titre de la thèse : Politiques de santé de l'enfance : les défis d'un parcours lisible et coordonné dans un contexte institutionnel fragmenté, l'exemple des Hauts-de-France

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Santé Publique

DES + FST/option : Option Administration de la Santé

Mots-clés : politiques de santé, parcours de santé, enfants, coordination, lisibilité, institutions

Résumé :

Contexte : La santé de l'enfant figure sur une multitude de plans de santé nationaux et implique de nombreux acteurs (Assurance Maladie, ARS, PMI, Éducation Nationale, professionnels de santé...). Cette étude a ainsi pour objectif principal d'analyser les défis et les enjeux du parcours de santé des enfants qui se veut lisible et coordonné dans un contexte institutionnel si fragmenté.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative utilisant la méthode d'« approche par informateurs clés ». Le recueil de données s'est fait via des entretiens semi-dirigés menés auprès d'acteurs directement impliqués dans les parcours de santé des enfants.

Résultats : Le parcours de santé des enfants s'inscrit dans un contexte démographique difficile compliquant parfois sa bonne réalisation et sa continuité. De plus il est confronté à d'autres défis avec d'une part son découpage entre différents acteurs qui ne parlent pas le même « langage » (champs d'action divers, hétérogénéité des référentiels et outils utilisés) et son manque de formalisation, le rendant difficilement lisible pour tous.

Et d'autre part un manque de communication et de coordination globale : nationale et régionale, intra et inter-institutionnelle, ville-hôpital, ceci ayant un impact direct sur le parcours et la prise en charge des enfants. Néanmoins les acteurs font part d'un véritable engagement, et se montrent prêts à mettre en œuvre des changements attendus.

Conclusion : Le parcours de santé de l'enfant souffre à ce jour d'un manque de lisibilité et de coordination globale entre les différents acteurs. Néanmoins plusieurs actions peuvent être menées à l'échelon régional afin de l'améliorer (gouvernance régionale, homogénéisation des outils, renforcement de la prévention avec l'implication des usagers)

Composition du Jury :

Président : Pr Philippe AMOUYEL

**Assesseurs : Dr Luc DAUCHET
Dr Aghilès HAMROUN**

Directeur de thèse : Dr Gwen MARQUE