



Inspection générale
des affaires sociales
RM2011-065P

Les inégalités sociales de santé dans l'enfance

Santé physique, santé morale, conditions de vie
et développement de l'enfant

RAPPORT

Établi par

Alain LOPEZ

Marguerite MOLEUX

Dr Françoise SCHAETZEL

Claire SCOTTON

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Synthèse

Parler d'inégalités sociales de santé dans l'enfance revient à dire que la santé des enfants n'est pas le produit de la seule biologie, mais qu'elle est en partie liée à la position sociale de leurs parents. Ces inégalités s'expliquent notamment par la part respective, au sein des différentes catégories socioprofessionnelles, de grands déterminants de la santé : à côté de l'âge, du sexe et des facteurs héréditaires¹, figurent les comportements individuels (dont la consommation de tabac et d'alcool, l'alimentation, l'exercice physique...), les réseaux sociaux et les communautés dans lesquelles s'inscrivent les individus, les conditions de vie et de travail (emploi, logement, transports, accès aux services publics essentiels), et enfin les conditions économiques, culturelles et environnementales d'ensemble de la société.

Dès la grossesse et la naissance, il existe des disparités de santé entre catégories socioprofessionnelles : le taux de prématurité est près de deux fois plus élevé chez les salariées de services aux particuliers que chez les cadres (6,4 % contre 3,9 %). En grande section de maternelle, plus d'un enfant d'ouvrier² sur sept (13,9 %) est en surcharge pondérale, contre 8,6 % de ceux dont le père est cadre.

Les inégalités de santé dans l'enfance renvoient de façon encore plus forte qu'à l'âge adulte à des enjeux de justice sociale : elles sont plus particulièrement intolérables, parce qu'elles ont des conséquences non seulement immédiates, mais aussi sur la durée et la qualité de vie des personnes devenues adultes. Elles dépendent de facteurs qui échappent à toute responsabilité individuelle et représentent pour cela une injustice sociale.

Ces inégalités de santé chez l'enfant, marquées par un gradient social, ne sont pas une fatalité. Même s'il n'est pas toujours facile d'agir sur les différents déterminants en cause (du fait de la complexité du lien entre un déterminant et un état de santé), il est possible de les réduire. Cela implique de mobiliser différentes politiques publiques qui n'ont pas pour finalité principale la santé, mais qui ont des effets sur elle, et de se donner un objectif de réduction des inégalités de santé au-delà de l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population.

C'est le sens des travaux de la mission : elle devait examiner quelles actions pouvaient être mises en œuvre, selon quelle organisation, pour agir sur les déterminants sociaux de la santé dans l'enfance. Etudier les inégalités sociales de santé des enfants de 0 à 9 ans, en y ajoutant la période de la grossesse, permettait d'illustrer les principes et modes d'action identifiés dans le rapport général, en les appliquant à une période de la vie où se constituent nombre des inégalités de santé constatées plus tard au cours de l'existence.

1. DES INEGALITES DE SANTE PARTIELLEMENT ETUDIEES ET UNANIMEMENT DEPLOREES, MAIS SANS STRATEGIE EXPLICITE D'ACTION

Avant de savoir comment agir, une bonne connaissance des inégalités sociales de santé chez l'enfant et du rôle des déterminants sociaux en cause est nécessaire. Dans sa première partie, le rapport rassemble les données existantes sur la situation en France des inégalités sociales de santé, et sur les connaissances issues des travaux d'origine étrangère. La définition de la santé ici retenue est celle donnée par l'OMS, « *un état de complet bien-être physique, psychique et social* ».

En France, des données éparses existent sur la santé physique des enfants, mais elles sont rarement corrélées à leur situation sociale. Quant aux dimensions psychique et sociale de la santé des enfants, elles sont peu étudiées. Les travaux de recherche sur le rôle des déterminants sociaux sont surtout d'origine étrangère. La France a globalement peu investi dans la connaissance de ces sujets, que tout le monde s'accorde pourtant à considérer importants et problématiques.

¹ Qualifiés de déterminants individuels de la santé, à la différence des déterminants sociaux.

² Enfant dont le père est ouvrier.

Plusieurs indicateurs sont utilisés dans les pays de l'OCDE pour caractériser les différentes dimensions du bien-être des enfants. **Ils montrent que malgré des investissements élevés en direction de la petite enfance et de l'enfance, les résultats de la France demeurent inégaux.** Si la France est relativement bien classée en termes de pauvreté matérielle des enfants (elle est le 6^e pays pour le taux de pauvreté à 50 % du revenu médian), les données en termes de qualité de la vie scolaire³, par exemple, sont plus défavorables.

Cette observation, fondée sur une comparaison trop globale pour être sans reproche, devrait cependant inciter à examiner de plus près l'efficacité de nos stratégies publiques ayant un effet sur la santé – le bien-être physique, psychique et social – des enfants.

Malgré une information incomplète, peu mise en valeur quand elle existe, les inégalités sociales de santé dans l'enfance sont jugées inacceptables et le rôle des déterminants sociaux dans leur constitution est plus ou moins reconnu. Cette opinion est partagée par les différents responsables de politiques publiques ayant des effets sur la santé des enfants, rencontrés par la mission au niveau national et régional.

Pourtant les inégalités sociales de santé ne constituent jamais un objet de politique. Aucune des politiques publiques examinées par la mission ne considère parmi ses objectifs celui de réduire, avec ses moyens, les inégalités sociales de santé des enfants. Plus exactement, l'impact sur la santé des actions menées dans les domaines du logement, de l'éducation, de l'accueil des jeunes enfants, du soutien parental - pour prendre ces exemples étudiés par la mission - est bien perçu par ceux qui ont à définir et conduire ces politiques publiques. Mais, il n'est pas recherché de façon systématique et méthodique.

Il y a là un paradoxe que la mission s'explique en avançant plusieurs hypothèses :

- **le déficit de connaissance sur les inégalités sociales de santé et le rôle des déterminants en cause contribuent à rendre peu visible leur existence**, empêchant que les responsables des différentes politiques publiques susceptibles d'agir sur elles pour les réduire s'en saisissent véritablement ;
- **la notion de santé a des acceptions différentes, peut paraître trop extensive**, est souvent perçue comme étant au service d'une ambition institutionnelle hégémonique, celle du ministère de la santé ;
- **les prescriptions voulues par une santé considérée comme un état de complet bien-être, touchent aux règles de notre vivre ensemble, aux libertés des individus, au respect de l'intimité des personnes et des familles.** Elles peuvent alors dessiner un ordre social à bien des égards oppressant, en prétendant établir le bien public ;
- les efforts de chaque autorité publique, dans son domaine de compétence, visent d'abord à atteindre les finalités principales qui sont les siennes. Prendre en compte un objectif de santé peut alors apparaître comme une charge supplémentaire, détournant des moyens utiles pour faire face à d'autres obligations plus centrales.

³ Mesurée par deux indicateurs : pourcentage d'enfants (de 11, 13 et 15 ans) ayant fait l'objet de brimades à l'école au moins deux fois au cours des deux derniers mois, et pourcentage d'enfants (de 11, 13 et 15 ans) déclarant aimer l'école.

2. PRENDRE EN COMPTE LES INEGALITES DE SANTE CHEZ L'ENFANT DANS DES POLITIQUES TRES VARIEES EST POSSIBLE : QUATRE ETUDES DE CAS

Pour étayer son raisonnement, la mission a examiné quatre politiques publiques ayant des effets particulièrement importants sur la santé des enfants : l'éducation scolaire, le soutien à la parentalité, l'accueil des jeunes enfants, l'amélioration de l'habitat privé. Cet examen obéissait à deux *a priori* :

- chacune de ces politiques publiques a déjà des effets sur la santé des enfants. Ils seraient plus décisifs, si elle poursuivait de façon explicite et méthodique l'ambition de vouloir réduire les inégalités sociales de santé existantes ;
- prendre en compte un objectif de réduction des inégalités sociales de santé peut changer le contenu des actions conduites dans le cadre de chacune de ces quatre politiques publiques, sans alourdir leur tâche, voire en facilitant la réussite de leur mission principale.

Au travers de cet exercice, la mission avait pour ambition d'illustrer concrètement les conséquences d'une prise en compte d'un objectif de réduction des inégalités sociales de santé des enfants par plusieurs politiques publiques, de relever les difficultés pour ce faire et de proposer des principes de méthode pour les dépasser.

2.1. L'école

L'école a une double approche de la question de la santé. Le projet éducatif qu'elle porte et son organisation même ont un impact sur la santé. Mais, l'Ecole a aussi une mission explicite sur la santé par l'intermédiaire de son service de santé scolaire et des actions d'éducation à la santé qu'elle conduit. D'évidence, il n'appartenait pas à la mission de considérer comment l'Ecole pourrait remplir au mieux sa mission principale d'enseignement et d'éducation des enfants qu'elle accueille. En revanche, il s'agissait de voir comment l'Ecole pouvait prendre en compte un objectif de réduction des inégalités sociales de santé. Quatre orientations ont été dégagées par la mission :

- **mieux connaître les inégalités sociales de santé des enfants scolarisés** et les situer par rapport aux difficultés d'apprentissage existantes ;
- **réorienter l'activité de la médecine de santé scolaire vers des actions plus ciblées** au profit de populations d'enfants issus de milieux défavorisés ou présentant des risques de santé plus élevés ;
- **faire en sorte que les projets académiques se donnent des objectifs de santé véritables**, et pas seulement des objectifs de moyens ;
- **examiner les effets sur la santé des moyens du projet éducatif lui-même**, et pour cela engager les travaux de recherche nécessaires.

2.2. Le soutien à la parentalité

Le soutien à la parentalité peut avoir un impact considérable sur la santé des enfants, notamment sur le développement satisfaisant de leur personnalité. De nombreux travaux français et internationaux ont bien étudié le rôle des parents dans l'épanouissement de l'enfant et ont fixé les principes à observer par toute action publique se proposant de les soutenir. En France, la politique de soutien parental se caractérise par un manque de visibilité : elle est dispersée entre diverses autorités publiques compétentes. Par ailleurs, ses orientations sont guidées, soit par la volonté de comprendre les difficultés des parents, soit par le projet d'incriminer leurs responsabilités, ce qui entretient une certaine confusion sur ses objectifs.

Pour avoir plus d'effets sur les inégalités sociales de santé et les réduire, il conviendrait de davantage cibler les stratégies d'action en faveur du soutien parental. La mission propose trois types de ciblage, en orientant les actions conduites le plus tôt possible, dès la grossesse, en direction des populations les plus défavorisées, des territoires où les populations sont confrontées à un cumul de difficultés, des dispositifs accueillant des familles plus particulièrement en difficulté.

Par ailleurs, il conviendrait d'améliorer la qualité des dispositifs de soutien à la parentalité :

- **en consolidant financièrement la situation des associations** et en leur apportant les aides dont elles ont besoin en matière d'ingénierie de projet, de conception des actions grâce à la mise à disposition de référentiels ;
- **en s'accordant localement sur les principes** auxquels les pratiques ont à obéir ;
- **en développant les formations** des professionnels ;
- **en coordonnant mieux les interventions** des différents services impliqués.

2.3. L'accueil du jeune enfant

L'accueil du jeune enfant, est d'abord conçu pour répondre aux besoins des parents qui ne peuvent se charger de leur enfant parce qu'ils travaillent ou parce qu'ils ont diverses obligations à satisfaire. Cependant, les différents modes d'accueil peuvent favoriser le développement cognitif et l'éveil intellectuel des enfants. Par ailleurs, ils offrent l'occasion de repérer des problèmes de santé qui auraient pu passer inaperçus.

A priori, on peut penser que les modes d'accueil collectif des enfants devraient bénéficier davantage aux familles les plus défavorisées, ne serait-ce que parce qu'ils offriraient l'opportunité d'une stimulation plus forte des enfants ou parce qu'ils permettraient de soulager des parents plus particulièrement en difficulté sociale et familiale. Dans la réalité, les milieux défavorisés ont en général peu recours à ce type d'accueil pour leurs enfants. Les raisons sont multiples, allant du coût pour les familles au poids des représentations culturelles concernant la mère et sa relation avec son enfant, en passant par les priorités retenues selon les communes pour admettre un enfant en crèche.

Afin d'avoir un meilleur effet sur la santé des enfants issus de milieux défavorisés, il conviendrait certainement de favoriser leur accueil dans des dispositifs d'accueil collectifs. Cela pourrait être une priorité figurant dans les contrats enfant jeunesse.

Par ailleurs, les modes d'accueil collectif devraient proposer des solutions d'accueil souples, diversifiées, et donner une importance plus grande aux activités d'éveil et de stimulation des capacités cognitives de ces enfants ne bénéficiant pas forcément dans leur milieu familial d'un environnement toujours favorable. Les familles pour lesquels un accueil dans une crèche serait plus particulièrement bénéfique pour l'enfant pourraient être repérées dès le moment de la grossesse. Et le dispositif d'information et d'inscription devrait être facilité en concevant notamment un guichet unique entre les différentes autorités publiques compétentes auxquelles les parents s'adressent.

2.4. *L'amélioration de l'habitat privé*

L'amélioration de l'habitat privé est une politique publique qui se propose de rénover et de moderniser les logements jugés indignes ou très dégradés du parc immobilier privé. Pour cela, les propriétaires occupants et les propriétaires bailleurs peuvent bénéficier d'aides publiques pour engager les travaux de leurs appartements nécessaires.

L'amélioration de l'habitat indigne a bien sûr des effets sur la santé des habitants de ces logements. Cependant, les autorités publiques qui engagent des crédits, pour aider à la modernisation de l'habitat privé très dégradé, ne peuvent pas cibler leurs interventions de manière à ce qu'elles permettent en priorité la rénovation de logements où vivraient des jeunes enfants. La situation des occupants des logements indignes appartenant à des propriétaires bailleurs n'est pas connue. **Procéder à des enquêtes comportant des données sur la situation familiale des occupants de ces logements permettrait ensuite de moduler les taux d'aide à la réhabilitation de cet habitat en fonction de la présence ou pas d'enfants.**

3. **DEFINIR ET CONDUIRE UNE STRATEGIE DE REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE**

3.1. *Développer et diffuser les connaissances et la recherche*

La troisième partie du rapport, consacrée aux propositions, s'appuie sur l'examen de ces quatre politiques publiques. Elle envisage les changements de stratégie qui pourraient se concevoir si un objectif de réduction des inégalités sociales de santé des enfants était pris en compte.

Pour faire des inégalités sociales de santé des enfants un objet de politique publique, il faut commencer par les rendre visibles, tant au niveau national que local. Cette meilleure connaissance nécessaire des inégalités sociales de santé des enfants doit pouvoir mettre en évidence l'effet de gradient social qui joue sur elles. Ces données sont à rendre publique. Elles sont indispensables pour finaliser les priorités de toute politique publique et en évaluer les impacts. Pour réaliser de tels travaux, il conviendrait de s'appuyer notamment sur la DREES et sur les plates formes d'observations sanitaires et sociales existant dans les régions.

Il faut aussi développer les recherches sur les mécanismes de constitution des inégalités sociales de santé des enfants et sur le rôle joué par les différents déterminants en cause. La DGS devrait pouvoir fixer les axes principaux de cette recherche. Le développement de recherches interventionnelles et l'évaluation de programmes d'action innovants permettrait de doter les acteurs de référentiels d'intervention dont l'efficacité aura été rigoureusement démontrée.

3.2. *Se doter de principes d'action*

Quelques grands principes d'action sont à fixer pour orienter la construction de toute stratégie publique en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé.

Il n'est pas souhaitable de renoncer au principe d'universalisme de l'action publique, quand il s'agit d'assurer des services devant bénéficier à tous les enfants, quel que soit leur milieu d'origine. Cependant, **cet universalisme doit pouvoir être proportionné en fonction des besoins différents des enfants et de leurs familles.** Certains milieux en effet exigent des interventions renforcées et/ou qualitativement adaptées à leur situation économique, sociale et culturelle, particulière.

Accentuer les interventions publiques en direction de populations particulières doit être conçu de manière à éviter toute stigmatisation. Le risque est élevé d'organiser au travers d'enquêtes et d'actions porteuses des meilleures intentions du monde, une forme de contrôle social intolérable en direction des populations les plus défavorisées.

Agir en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé conduit à inciter à des évolutions dans les modes de vie des personnes, dans la construction des liens intrafamiliaux, dans les processus éducatif mis en œuvre. **Ces approches doivent se garder d'être trop intrusives dans la sphère privée des individus**, et les professionnels intervenant auprès des enfants n'ont pas à se substituer aux parents dans l'éducation de leurs enfants.

Pour fixer ces grands principes d'action, il conviendrait de s'inspirer des référentiels établis sur ces sujets dans d'autres pays.

3.3. *Trois options pour une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé*

La mission propose de concevoir une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé sous la forme de trois options graduées.

Le premier scénario, dit « de base », vise à développer un « réflexe santé » dans les politiques publiques. Outre le fait de rendre visible les inégalités sociales de santé, il s'agirait d'établir un argumentaire livrant aux différentes autorités publiques, en charge de politiques ayant des effets sur la santé, des méthodes et des modes d'action pour infléchir leurs objectifs, afin de réduire les inégalités sociales de santé des enfants. Cet argumentaire, préparé par la DGS, bénéficierait d'apports en provenance de différents centres ressource et conseils, tel le HCSP. La diffusion locale des référentiels d'action susceptibles d'être recommandés pourrait être assurée localement, en s'appuyant sur les pôles de compétences régionaux, qu'ils relèvent du ministère de la santé, tels ceux constitués sur l'éducation à la santé et la promotion de la santé, ou d'autres ministères.

Une seconde option, plus volontariste, inscrirait un objectif de réduction des inégalités sociales de santé dans plusieurs politiques publiques sectorielles. Au préalable, il conviendrait d'organiser un débat public sur ce sujet, afin de déterminer les quelques politiques publiques pour lesquelles il conviendrait de se fixer des objectifs visant à réduire les inégalités sociales de santé. La mission propose trois façons de procéder, non exclusives l'une de l'autre : ouvrir un débat « citoyen », organiser une large concertation, constituer un groupe d'experts. Dans tous les cas, il convient de ne pas s'engager dans le moindre débat public sur un tel sujet, sans être à même de lui donner des suites concrètes. Le risque politique pris serait grand.

Sur la base des travaux conduits dans le cadre d'un débat public organisé selon l'une ou plusieurs des formes proposées par la mission, le gouvernement inviterait chaque autorité publique responsable d'une politique sectorielle, à s'emparer de cette question des inégalités sociales de santé et à établir la stratégie qu'elle entend mener, en se servant si besoin d'un support législatif ou en déterminant un simple plan d'action. Les résultats des initiatives engagées dans le cadre de ces différentes politiques publiques devront bien sûr faire l'objet d'une évaluation.

La troisième option est structurée par une loi de santé retenant parmi ses priorités celle d'une réduction des inégalités sociales de santé. Cette loi, devra déterminer les grands objectifs que différentes autorités publiques, en charge de politiques sectorielles, auront à mettre en œuvre. Elle identifiera les efforts à consacrer à cette priorité et fixera les principes d'action à respecter par tous.

La préparation de cette loi de santé, comme dans l'option précédente, devra s'appuyer sur un débat public à organiser. Elle peut ne pas nécessiter une réforme du mode d'élaboration et de gouvernance des politiques interministérielles. Cependant, pour rendre plus efficace le travail interministériel indispensable, à partir duquel sera conçu le texte de loi, il peut s'avérer utile de structurer le pilotage administratif des travaux nécessaires et de prévoir un lieu interministériel de préparation de la décision. La mission n'a pas développé ce scénario qui a fait l'objet d'un rapport remis aux ministres par un de ses membres cet été.

3.4. Renforcer la fonction stratégique et d'action du niveau communal

Pour faire des progrès décisifs en matière de réduction des inégalités sociales de santé, la mission préconise de renforcer la fonction stratégique et de coordination de la commune ou de la communauté de communes.

Les expériences étrangères dont la mission a pu avoir connaissance, comme les exemples qu'elle a pu relever en France, montrent que le niveau local, en l'occurrence la commune, est le mieux placé pour apprécier la pertinence des actions à mener en fonction des besoins particuliers de la population, en faciliter l'acceptation par les personnes concernées, et coordonner les interventions des différents services et professionnels mobilisés. De plus, le niveau communal est le mieux à même d'assurer des interventions portant sur plusieurs déterminants de la santé à la fois.

La segmentation actuelle des autorités publiques territoriales complique la définition de stratégies cohérentes susceptibles d'être engagées pour réduire les inégalités sociales de santé des enfants. Renforcer le rôle de la commune exigerait de remplir deux conditions :

- les autorités publiques régionales et départementales, déconcentrées et décentralisées, devraient pouvoir transférer, sous la forme de délégations ou de manière contractuelle, des responsabilités qu'il est souhaitable d'exercer au plus proche de la population ;
- les communes, dans le cadre de ces délégations ou contrats, devraient pouvoir mobiliser les moyens et services permettant d'agir.

Le principe de telles délégations ou contrats, et leurs modalités d'application principales, devraient être fixés au niveau national.

Par ailleurs, les autorités publiques régionales et départementales, déconcentrées et décentralisées, devraient mieux se coordonner sur le plan de la fonction stratégique qu'ils exercent. La mission envisage deux options pour cela : soit le développement de partenariats sur la base de libres accords locaux, soit l'organisation d'une gouvernance plus solidaire conduisant à recomposer le dispositif public territorial, notamment départemental.

De telles évolutions sur le plan local mériteraient une étude particulière que la mission n'était pas à même de conduire.

Sommaire

SYNTHESE	3
1. DES INEGALITES DE SANTE PARTIELLEMENT ETUDIEES ET UNANIMEMENT DEPLOREES, MAIS SANS STRATEGIE EXPLICITE D’ACTION	3
2. PRENDRE EN COMPTE LES INEGALITES DE SANTE CHEZ L’ENFANT DANS DES POLITIQUES TRES VARIEES EST POSSIBLE : QUATRE ETUDES DE CAS	5
2.1. <i>L’école</i>	5
2.2. <i>Le soutien à la parentalité</i>	5
2.3. <i>L’accueil du jeune enfant</i>	6
2.4. <i>L’amélioration de l’habitat privé</i>	7
3. DEFINIR ET CONDUIRE UNE STRATEGIE DE REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE.....	7
3.1. <i>Développer et diffuser les connaissances et la recherche</i>	7
3.2. <i>Se doter de principes d’action</i>	7
3.3. <i>Trois options pour une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé</i>	8
3.4. <i>Renforcer la fonction stratégique et d’action du niveau communal</i>	9
SOMMAIRE	11
INTRODUCTION.....	15
CONTEXTE DE LA MISSION	15
DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE ET INEGALITES SOCIALES DE SANTE : DES CONCEPTS PORTES PAR L’EPIDEMIOLOGIE	15
PLUSIEURS RAISONS JUSTIFIENT DE S’INTERESSER AUX INEGALITES SOCIALES DE SANTE DANS L’ENFANCE.....	16
UNE METHODE POUR L’ACTION PUBLIQUE.....	17
PLAN DU RAPPORT	18
I/ LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE CHEZ L’ENFANT, CONNUES ET UNANIMEMENT DEPLOREES, NE FONT L’OBJET D’AUCUNE STRATEGIE EXPLICITE DE REDUCTION	19
1. LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE DANS L’ENFANCE ET LEURS DETERMINANTS SONT PARTIELLEMENT MESURES ET ETUDIES	19
1.1. <i>Malgré des dépenses élevées, les résultats de la France en matière de bien-être de l’enfant sont inégaux</i>	19
1.2. <i>Il existe des différences dans l’état de santé des enfants selon leur catégorie socioprofessionnelle</i>	20
1.3. <i>Les déterminants de ces inégalités de santé sont relativement connus</i>	23
2. LES INEGALITES DE SANTE DANS L’ENFANCE SONT UNANIMEMENT JUGEES INACCEPTABLES....	26
2.1. <i>Les inégalités sociales de santé dans l’enfance renvoient à des questions de justice sociale</i>	26
2.2. <i>Elles sont unanimement jugées importantes, au-delà du système de santé</i>	27

3. POURTANT, ELLES NE FONT PAS L'OBJET D'UNE STRATEGIE EXPLICITE	29
3.1. <i>Il n'existe pas de stratégie globale sur le sujet des inégalités de santé dans l'enfance</i>	29
3.2. <i>Des initiatives sont parfois mises en place sans être affichées telles quelles ni évaluées</i> ...	30
4. PLUSIEURS HYPOTHESES PERMETTRAIENT D'EXPLIQUER CE PARADOXE.....	31
4.1. <i>Un déficit de connaissance : les inégalités sociales de santé dans l'enfance et les modèles d'intervention sont mal connus</i>	31
4.2. <i>Une conception de la santé et du développement de l'enfant qui demeure débattue</i>	32
4.3. <i>Un objectif de santé qui s'ajouterait aux finalités principales de la politique publique</i>	33
4.4. <i>Des difficultés pour élaborer une politique intersectorielle de santé publique</i>	34
II/ QUATRE ETUDES DE CAS : QUE CHANGERAIT LA PRISE EN COMPTE D'UN OBJECTIF DE REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE PAR LES POLITIQUES PUBLIQUES ?.....	35
1. LE SOUTIEN A LA PARENTALITE.....	37
1.1. <i>La définition de la parentalité s'appuie sur différentes représentations du rôle des parents</i>	37
1.2. <i>Le rôle parental est un déterminant important du bien-être de l'enfant, sur lequel peuvent jouer les difficultés économiques et sociales des familles</i>	38
1.3. <i>En l'absence de politique structurée, les conditions d'exercice de la parentalité sont prises en compte de façon diffuse et variable selon les territoires</i>	39
1.4. <i>Comment faire pour intégrer la préoccupation des inégalités sociales de santé dans le soutien à la fonction parentale ?</i>	42
2. L'ECOLE	46
2.1. <i>La double approche de la santé par l'école</i>	46
2.2. <i>Comment l'école pourrait-elle prendre en compte un objectif de réduction des inégalités sociales de santé ?</i>	51
3. L'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT	53
3.1. <i>La politique d'accueil est construite autour du libre choix des parents plutôt que du développement de l'enfant</i>	53
3.2. <i>L'offre d'accueil et sa qualité peuvent avoir un impact sur la santé des enfants pris en charge</i>	54
3.3. <i>Les modes d'accueil bénéficient moins aux catégories socioprofessionnelles défavorisées</i>	55
3.4. <i>Faciliter l'accès des familles vulnérables aux modes d'accueil collectif et améliorer la qualité de l'accueil permettraient d'agir sur la santé et le développement des enfants</i>	57
4. L'AMELIORATION DE L'HABITAT PRIVE	58
4.1. <i>Les effets de la stratégie d'amélioration de l'habitat sur la santé des enfants</i>	59
4.2. <i>L'ANAH, un opérateur de l'Etat au service de l'amélioration de l'habitat privé, dont les missions sont à la fois techniques et sociales</i>	60
4.3. <i>Comment la réduction des inégalités de santé des enfants pourrait être un objectif effectif de la stratégie d'amélioration de l'habitat privé en France ?</i>	61
III/ PROPOSITIONS : COMMENT DEFINIR ET CONDUIRE UNE STRATEGIE DE REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE DANS L'ENFANCE ?.....	65
1. CONNAITRE ET RENDRE VISIBLES LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE CHEZ L'ENFANT	65
1.1. <i>Identifier les inégalités sociales de santé dans l'enfance et développer une meilleure connaissance du gradient social</i>	66

1.2. <i>Mieux partager l'information au niveau territorial</i>	68
1.3. <i>Comprendre les mécanismes de constitution des inégalités sociales de santé dans l'enfance pour mieux identifier les leviers d'action</i>	69
2. CONSTRUIRE LA STRATEGIE AUTOUR DE QUELQUES GRANDS PRINCIPES D'ACTION.....	70
2.1. <i>L'universalisme proportionné et l'attention particulière aux problèmes de pauvreté</i>	70
2.2. <i>Le respect de la sphère privée et l'utilisation prudente du gradient social comme cadre pour l'action</i>	71
3. TROIS OPTIONS GRADUEES POUR UNE STRATEGIE.....	72
3.1. <i>Un scénario de base : développer le « réflexe santé » dans les politiques publiques</i>	72
3.2. <i>Une option plus volontariste : inscrire un objectif de réduction des inégalités sociales de santé dans quelques politiques publiques sectorielles</i>	74
3.3. <i>Une option structurée par une loi de santé</i>	76
4. AGIR SUR LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE A PARTIR DU NIVEAU LOCAL.....	78
4.1. <i>Mettre en place des actions coordonnées sur les déterminants de la santé ne peut se faire qu'au niveau local</i>	78
4.2. <i>Faire travailler ensemble les acteurs locaux implique de remplir un certain nombre de conditions</i>	79
4.3. <i>La segmentation actuelle des autorités publiques territoriales complique la définition de stratégies cohérentes</i>	81
4.4. <i>Renforcer la fonction stratégique du niveau communal</i>	82
ANNEXE N°1 : LETTRE DE MISSION	85
ANNEXE N°2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	87
ANNEXE N°3 : LISTE DES SIGLES.....	97
ANNEXE N°4 : CADRE D'ANALYSE DES POLITIQUES PUBLIQUES AYANT UN EFFET SUR LA REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE DES ENFANTS	99
ANNEXE N°5 : LES DONNEES SUR LA SANTE DES ENFANTS.....	101
ANNEXE N°6 : L'AMELIORATION DE L'HABITAT PRIVE	107
ANNEXE N°7 : L'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT	111
ANNEXE N°8 : LE SOUTIEN A LA PARENTALITE DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES	151
ANNEXE N°9 : L'ACCES AUX SOINS DES ENFANTS DE 0 A 9 ANS	189

Introduction

CONTEXTE DE LA MISSION

Par lettre du 22 octobre 2010, la ministre de la santé a confié à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) une mission sur les déterminants des inégalités sociales de santé dans l'enfance. Cette mission s'inscrit dans la préparation du prochain projet de loi de santé publique.

Un premier rapport de l'IGAS avait pour objet de faire le point sur l'état de la question et sur les préalables nécessaires à l'élaboration d'une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé. La seconde phase de ces travaux vise à appliquer les constats de ce rapport général au cas précis de l'enfance, et à analyser dans quelle mesure la prise en compte d'un objectif de réduction des inégalités de santé modifierait les politiques publiques ayant un impact sur les déterminants sociaux de la santé des enfants.

Ces missions ont bénéficié d'un contexte favorable à la définition d'une politique de lutte contre les inégalités sociales de santé. Au cours des dernières années, de nombreux travaux de chercheurs, français et étrangers, ont mis en évidence l'importance de ce phénomène et sa persistance malgré l'amélioration de l'état de santé moyen de la population. La remise, en décembre 2009, du rapport du Haut conseil de la santé publique *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, et l'organisation en janvier 2010, sous l'égide du ministère de la santé, d'un colloque consacré à la réduction des inégalités sociales de santé, témoignent d'une prise de conscience accrue de l'importance du phénomène et de ses enjeux pour l'action publique.

DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE ET INEGALITES SOCIALES DE SANTE : DES CONCEPTS PORTES PAR L'EPIDEMIOLOGIE

Le rapport général sur les inégalités sociales de santé analyse les différents concepts employés et explique les difficultés méthodologiques qu'ils soulèvent. Ne sont donc rappelés ici que les éléments essentiels à la compréhension des développements qui suivent.

On appelle inégalités sociales de santé « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale »⁴. On distingue classiquement trois types d'inégalités en santé : les inégalités entre hommes et femmes, celles entre catégories socioprofessionnelles, ou celles entre territoires, les deux dernières étant partiellement liées. Deux éléments sont importants dans la définition des inégalités sociales de santé. Premièrement, les catégories socioprofessionnelles ne sont pas seulement une unité de mesure des inégalités de santé⁵ : il y a un lien entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale. Deuxièmement, ces inégalités de santé sont considérées comme évitables. Elles ne relèvent pas seulement de la biologie, mais de déterminants socialement construits.

Le concept de déterminants sociaux de la santé vise à expliquer comment les inégalités sociales se « transforment » en inégalités de santé. Parmi les grandes catégories de déterminants mises en évidence par la recherche figurent, à côté de l'âge, du sexe et des facteurs héréditaires⁶, les comportements individuels (dont la consommation de tabac et d'alcool, l'alimentation, l'exercice physique...), les réseaux sociaux et les communautés dans lesquelles s'inscrivent les individus, les conditions de vie et de travail (emploi, logement, transports, accès aux services publics essentiels), et enfin les conditions économiques, culturelles et environnementales d'ensemble de la société.

⁴ A. Guichard et L. Potvin, « Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? », *Réduire les inégalités sociales de santé*, INPES, 2010.

⁵ La catégorie socioprofessionnelle n'est toutefois qu'un outil d'analyse parmi d'autres (revenu, diplôme,...) des inégalités de santé. En outre, cela ne signifie pas pour autant qu'il existe un lien de causalité entre l'appartenance à une CSP et une inégalité de santé.

⁶ Qualifiés de déterminants individuels de la santé, à la différence des déterminants sociaux.

PLUSIEURS RAISONS JUSTIFIENT DE S'INTERESSER AUX INEGALITES SOCIALES DE SANTE DANS L'ENFANCE

Plusieurs raisons justifient de s'intéresser à l'enfance pour illustrer une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé :

- **les déterminants sociaux de la santé agissent dès l'enfance**⁷ et sont, pour certains, bien documentés. Dès la classe de CM2, un enfant d'ouvrier a trois fois plus de risques de souffrir de surpoids modéré qu'un enfant de cadre, et dix fois plus de risques d'être obèse⁸ ;
- **les inégalités de santé dans l'enfance et leurs déterminants ont un impact sur toute la vie des individus.** Des études ont ainsi mis en évidence un lien entre le petit poids de naissance et le développement chez l'adulte de maladies cardiovasculaires⁹. Avoir un faible niveau éducatif ou avoir souffert dans l'enfance de difficultés socioéconomiques sont aussi des facteurs qui creusent les inégalités des adultes devant la maladie ou la mort. La petite enfance est d'ailleurs systématiquement affichée comme une priorité par les différents pays qui affichent un objectif de réduction des inégalités sociales de santé ;
- **cibler la petite enfance et l'enfance illustre certains principes importants en matière de réduction des inégalités sociales de santé.** L'approche par classe d'âge permet en effet de mobiliser autour d'un objectif commun des politiques variées – logement, prestations sociales, éducation, nutrition... – associant Etat, collectivités territoriales et organismes de sécurité sociale. Or c'est l'action conjointe sur plusieurs déterminants de la santé qui semble, au vu des évaluations menées dans certains pays, la plus efficace. Certaines de ces politiques, comme l'école ou l'accueil collectif, sont aussi des milieux de vie permettant de mettre en place des actions coordonnées et inscrites dans la durée : repas, éducation à la santé, soutien à la parentalité...
- **la santé des enfants est un sujet mobilisateur, perçu comme un « investissement pour l'avenir »** par les différents interlocuteurs rencontrés par la mission. A ce titre, elle peut faciliter l'appropriation d'un objectif de réduction des inégalités de santé.

La mission a choisi de s'intéresser à la période de l'enfance qui s'achève à neuf ans. Elle a voulu retenir un âge de la vie où le poids des comportements est faible et où prédomine l'influence des déterminants sociaux. Pour cela, il fallait exclure les adolescents du champ d'étude.

La neuvième année de l'enfant correspond, en termes de développement psychologique de l'enfant, à la fin de la période de latence. La mission a également décidé d'inclure la période de la grossesse, même si elle ne constitue pas un « âge » de l'enfant, dans le champ de ses investigations, afin d'examiner comment les politiques d'accompagnement de la grossesse peuvent préparer la fonction parentale et permettre d'identifier, en amont et autour de l'accouchement, d'éventuels problèmes de santé et de prévenir l'exposition à des facteurs de risque.

⁷ D'autres facteurs entrent probablement aussi en ligne de compte, tels l'origine culturelle. Ils sont peu documentés.

⁸ DREES, *La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. Premiers résultats*, Etudes et résultats, N° 632, avril 2008.

⁹ Lien entre le petit poids de naissance rapporté à l'âge gestationnel, dont le risque est deux fois plus élevés chez les ménages d'employés ou d'ouvriers que chez les cadres, et le développement d'une hypertension artérielle ou d'un diabète de type 2. Voir à ce sujet MJ Saurel-Cubizolles, B. Blondel et M. Kaminski, « Inégalités sociales de mortalité périnatale », in *Les facteurs sociaux et économiques de la santé des femmes*, CICRED, 2003.

UNE METHODE POUR L'ACTION PUBLIQUE

Les inégalités sociales de santé constituent un sujet complexe pour l'action publique pour au moins trois séries de raisons¹⁰.

La première source de difficultés tient aux incertitudes sur le lien entre les déterminants de la santé et l'état de santé d'un individu ou d'une population, du fait de la variété des déterminants et de leur mode d'action. Ainsi, 60 % des inégalités en matière de cancer du poumon ne sont pas dues au tabagisme mais à d'autres facteurs, comme le régime alimentaire ou des expositions professionnelles¹¹. Les déterminants de la surcharge pondérale dans l'enfance soulèvent le même type de questions, du fait de la complexité de leurs liens avec les modes alimentaires et l'activité physique. De plus, l'imbrication entre les différents déterminants de la santé, tout au long du cycle de vie de l'individu complique l'identification de leviers pour l'action publique. Comment savoir sur quels instruments de politique publique il convient d'agir, et à quel horizon temporel les résultats pourront être mesurés ?

Une seconde série de difficultés tient aux contraintes de l'action publique, dès lors que l'on cherche à introduire des objectifs de santé dans des politiques publiques dont ce n'est pas l'objet premier :

- l'action sur les déterminants sociaux de la santé relève de politiques publiques poursuivant d'autres objectifs que la santé. Ces objectifs « premiers » – transmettre des connaissances et des compétences dans le cas de l'Education nationale, assurer l'articulation entre vie familiale et vie professionnelle des ménages par les modes d'accueil... – doivent être conciliés avec l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé ;
- le cycle de la décision politique et le cycle de l'action sur les déterminants de la santé peuvent être partiellement déconnectés. Cette considération est particulièrement importante dans le cas des enfants, chez qui une partie des déterminants de la santé n'agit que plus tard au cours du cycle de vie (ce qui sera fait en matière de réussite éducative aura un impact à l'adolescence ou à l'âge adulte, à la différence du dépistage de pathologies ou des examens de santé) ;
- l'objectif commun de réduction des inégalités de santé recouvre des enjeux très variés : l'action publique n'aura pas les mêmes effets et ne s'exercera pas dans le même cadre selon qu'elle porte sur un déterminant ayant un effet direct sur la santé de l'individu (l'exposition à une substance toxique comme la peinture au plomb et le saturnisme chez l'enfant ...), ou sur un déterminant influençant les conditions de vie de l'individu, et indirectement sa santé (le niveau éducatif acquis dans la jeunesse a un impact sur les conditions d'emploi et de travail, qui ont elles-mêmes un impact sur la santé).

Une troisième série de difficultés est d'ordre éthique : le recueil de données, ou l'identification de territoires prioritaires selon des critères de gradient social ne doit pas conduire à stigmatiser les personnes concernées. Cette difficulté est encore plus sensible lorsque l'action publique touche à des sujets relevant largement de la sphère privée, comme la relation entre parents et enfants ou les compétences éducatives des parents – avec le risque de laisser entendre que les personnes confrontées à des difficultés sociales sont de « mauvais parents ».

Dans un tel contexte, la qualité de la méthode retenue est un élément particulièrement important pour construire une stratégie solide de réduction des inégalités sociales de santé et convaincre de l'intérêt d'y impliquer les différentes politiques publiques. Une annexe est consacrée à la présentation de la méthode retenue. Elle propose une grille de lecture pour analyser les différentes politiques publiques à la lumière de leur impact sur les inégalités sociales de santé.

¹⁰ Ces raisons ont également été développées dans le rapport général consacré à la définition d'une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé.

¹¹ G. Menvielle et alii, "The role of smoking and diet in explaining educational inequalities in lung cancer incidence", JNCI, avril 2010.

PLAN DU RAPPORT

Le rapport qui suit est construit en trois temps :

- dans une première partie, il présente l'état des connaissances sur les inégalités sociales dans l'enfance et leurs déterminants, et analyse la façon dont les différentes politiques publiques s'intéressent à cette question. La mission en conclut que les inégalités sociales de santé sont unanimement déplorées, mais qu'aucune politique publique n'en fait explicitement un objet de son action ;
- dans une deuxième partie, quatre politiques publiques sont analysées : l'école, le soutien à la parentalité, l'accueil du jeune enfant et l'amélioration de l'habitat. L'objet de cette partie est de montrer qu'il serait possible pour ces quatre politiques de s'intéresser aux inégalités sociales de santé sans bouleverser leurs modes d'action. Intégrer la santé dans toutes les politiques n'est donc pas un objectif inatteignable ;
- dans une troisième partie, la mission propose un cadre méthodologique pour mettre en place une stratégie plus générale de réduction des inégalités sociales de santé.

I/ Les inégalités sociales de santé chez l'enfant, connues et unanimement déplorées, ne font l'objet d'aucune stratégie explicite de réduction

1. LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE DANS L'ENFANCE ET LEURS DETERMINANTS SONT PARTIELLEMENT MESURES ET ETUDIES

1.1. *Malgré des dépenses élevées, les résultats de la France en matière de bien-être de l'enfant sont inégaux*

Un premier élément de connaissance de la santé des enfants au sens de l'OMS consiste à mesurer les résultats moyens obtenus par un pays dans différentes dimensions du bien-être – psychologique, physique et social. Définir le bien-être des enfants est un exercice qui fait l'objet de nombreux débats, certains chercheurs privilégiant une approche développementaliste (qui met l'accent sur l'accumulation de capital humain et de compétences sociales dès l'enfance) et d'autres une approche centrée sur les droits de l'enfant (davantage centrée sur ce dont doit bénéficier un enfant au cours de son enfance et sur l'évitement de facteurs comme la pauvreté ou la maladie). Une autre ligne de partage distingue des approches « fondées sur les déficits » qui limitent le bien-être (problèmes de comportements, troubles et handicaps) et des approches « fondées sur les atouts » (qui s'intéressent notamment aux aptitudes développées au cours de l'enfance).

Plusieurs travaux de l'OCDE, de l'UNICEF et de l'Union européenne ont cherché à comparer la situation dans plusieurs pays des dimensions du bien-être des enfants qu'elles considèrent comme essentielles. L'OCDE a retenu dans son étude six dimensions sur lesquelles l'action publique peut intervenir, en les désagrégeant par catégorie sociale lorsque cela était possible. Les dimensions retenues sont le bien-être matériel, le logement et l'environnement, le bien-être éducationnel, la santé et la sécurité, les comportements à risque et la qualité de la vie scolaire. A ces six dimensions correspondent 21 indicateurs dont les revenus, l'environnement du logement, les résultats scolaires, ainsi que des indicateurs de mortalité, de morbidité et de comportements à risque¹². Les indicateurs les plus larges courent jusqu'à la 17^e année de l'enfant. En revanche, l'OCDE n'a pas pu disposer de données permettant de construire un indicateur de bien-être pour la période prénatale.

Le classement est ensuite établi entre trente pays de l'OCDE au sein de chaque dimension, le pays le plus performant obtenant la note de 1. Les pays ont également été positionnés en fonction de leur écart-type par rapport à la moyenne de l'OCDE

La première conclusion que l'on peut tirer de cette étude¹³ est que la France, pour les indicateurs qui sont mesurés, est dans une position moyenne au sein de l'OCDE malgré les montants élevés qu'elle consacre à la politique familiale.

Malgré d'importants investissements en termes quantitatifs (le Haut conseil de la famille estime que les dépenses publiques consacrées aux familles en France sont comprises entre 48 Mds€ et 119 Mds€ selon les sources et le périmètre retenus ce qui place la France, quelle que soit la convention retenue, dans la fourchette haute des comparaisons internationales), les résultats en termes de bien-être de l'enfant sont pour certains inférieurs à la moyenne de l'OCDE. Si la France est bien classée en termes de pauvreté matérielle des enfants (elle est le 6^e pays pour le taux de pauvreté à 50 % du revenu médian), les données en termes de qualité de la vie scolaire¹⁴, par exemple, sont plus défavorables.

¹² Ces indicateurs ont été choisis en fonction du caractère actualisé des données, de leur comparabilité entre différents pays, et de la possibilité de les centrer sur l'enfant et pas seulement sur la famille.

¹³ OCDE, Assurer le bien être des enfants, rapport 2009.

¹⁴ Mesurée par deux indicateurs : pourcentage d'enfants (de 11, 13 et 15 ans) ayant fait l'objet de brimades à l'école au moins deux fois au cours des deux derniers mois, et pourcentage d'enfants (de 11, 13 et 15 ans) déclarant aimer l'école.

Tableau 1 : Comparaison de six dimensions du bien-être des enfants dans plusieurs pays de l'OCDE

	Bien-être matériel	Logement et environnement	Bien-être éducationnel	Santé et sécurité	Comportements à risque	Qualité de la vie scolaire
Australie	15	2	6	14	17	n.d.
Autriche	5	9	18	27	27	11
Belgique	11	11	20	25	13	19
Canada	14	n.d.	3	23	10	16
Danemark	2	6	7	4	21	8
Finlande	4	7	1	7	26	18
France	10	10	23	20	12	22
Allemagne	16	18	15	9	18	9
Italie	19	23	28	16	11	20
Japon	22	16	11	13	2	n.d.
Mexique	29	26	29	28	30	n.d.
Pays-Bas	9	17	4	8	9	3
Norvège	1	1	16	17	4	2
Espagne	24	13	21	12	16	6
Suède	6	3	9	3	1	5
Royaume-Uni	12	15	22	21	28	4
Etats-Unis	23	12	25	26	15	14

Source : OCDE, 2009. Le chiffre présente le rang du pays sur un total de 30 : le pays le plus performant obtient la note de 1. Le chiffre est présenté sur fond bleu lorsque le pays se situe au moins un demi écart-type au dessus de la moyenne de l'OCDE, et sur fond gris lorsque le pays se situe au moins un demi écart-type en dessous. Seule une partie des pays étudiés est présentée ici.

1.2. Il existe des différences dans l'état de santé des enfants selon leur catégorie socioprofessionnelle

1.2.1. La plupart des indicateurs de santé des enfants varient selon la catégorie socioprofessionnelle des parents

On compte en 2010 en France 8 millions d'enfants de 9 ans ou moins, dont 2,4 millions de 0 à 3 ans et 3,1 million de 3 à 6 ans. En 2010, le taux de natalité était d'un peu plus de deux enfants par femme¹⁵, ce qui représente 828 000 naissances au cours de l'année. En décembre 2009, le taux de mortalité infantile en France métropolitaine était de 3,6 pour mille¹⁶.

Les données sur la santé physique de la mère et de l'enfant sont concentrées sur quatre grandes périodes : la grossesse, la santé périnatale, la classe de maternelle et la classe de CM2. Pour chacune de ces périodes, les indicateurs disponibles mettent globalement en évidence la présence d'un gradient social.

¹⁵ Soit 201 enfants pour une population fictive de 100 femmes. Source : INSEE, données 2010. Données provisoires pour le nombre de naissances.

¹⁶ Nombre de décédés de moins d'un an / nombre moyen pondéré d'enfants nés vivants au cours des douze derniers mois.

La grossesse des femmes de catégories socioprofessionnelles défavorisées est moins suivie que dans le reste de la population¹⁷. Près d'une femme non scolarisée sur quatre¹⁸ (23,8 %) effectue moins de sept visites prénatales, contre 4,4 % de celles qui ont atteint un niveau d'études supérieur au bac. Près d'une sur sept (14 %) a eu moins de trois échographies au cours de sa grossesse¹⁹. Les femmes sans profession sont 16 fois plus nombreuses que les femmes cadre (16 % contre 1 %) à ne pas savoir si elles ont ou non bénéficié d'un dépistage sanguin de la trisomie 21.

Les mêmes écarts se retrouvent en matière de santé périnatale : le taux de prématurité est près de deux fois plus élevé chez les salariées de services aux particuliers que chez les cadres (6,4 % contre 3,9 %). Ces écarts sont plus importants encore pour la grande prématurité (0,7 % contre 2,2 %) et le petit poids à la naissance (respectivement 4,7 % et 9,9 %).

L'état de santé des enfants dans les premières années de scolarisation confirme ce constat : en grande section de maternelle, plus d'un enfant d'ouvrier²⁰ sur sept (13,9 %) est en surcharge pondérale contre 8,6 % de ceux dont le père est cadre. Les mêmes disparités se retrouvent en matière bucco-dentaire : moins de 2 % des enfants de cadres ont au moins deux dents cariées non soignées, contre un enfant d'ouvrier sur dix (11 %). En classe de CM2, il existe un écart de un à trois pour le surpoids modéré (18,4 % des enfants d'ouvriers contre 6,8 % chez les cadres), et de un à dix en matière d'obésité (6,1 % contre 0,6 %)²¹.

Deux nuances doivent toutefois être apportées à ce constat général :

- **le gradient social ne joue pas toujours de manière linéaire** : la couverture vaccinale des élèves de ZEP contre la rougeole et l'hépatite B est meilleure que celle des élèves hors ZEP, sans doute du fait d'un recours plus important aux services de la protection maternelle et infantile ;
- **le lien entre santé et pauvreté des enfants soulève des questions spécifiques**. Au-delà de la notion générale de gradient social, elles permettent de mettre en évidence les conséquences immédiates de la pauvreté sur la santé, et la problématique spécifique de la précarité dans l'enfance. Le rapport 2010 du Défenseur des enfants rappelle ainsi que près de 17 % des enfants de moins de 6 ans touchés par le saturnisme sont bénéficiaires de la CMU-C²².

1.2.2. Il n'existe que peu de sources sur la santé des enfants par groupes sociaux

Les sources permettant de renseigner ces différentes données (exploitation de fichiers administratifs, enquêtes statistiques) sont de nature, de fréquence et de précision variables. Elles sont confrontées à deux types de difficultés.

Les données en matière de morbidité aux différents âges de l'enfance ne sont pas ventilées par catégorie socioprofessionnelle, dans la mesure où les bases de données exploitables (PMSI, Sniiram) ne contiennent pas d'informations directes ni sur la catégorie socioprofessionnelle des parents, ni sur leur niveau de revenu²³.

¹⁷ Données issues de l'enquête périnatale de 2003.

¹⁸ Femmes n'ayant pas eu accès à un dispositif de scolarisation obligatoire.

¹⁹ Contre 0,4 % des femmes ayant un niveau d'études au moins égal au bac.

²⁰ Enfant dont le père est ouvrier.

²¹ Les mêmes écarts se retrouvent dans l'accès aux soins : si un élève de CM2 sur deux s'est vu diagnostiquer des troubles de la vision pendant l'examen de santé en 2005, seuls 21 % des enfants des ZEP sont équipés de lunettes contre 26 % hors ZEP (l'écart, qui était de 3,5 points en 2002, s'est creusé en 2005).

²² Défenseur des enfants, *Précarité et protection des droits de l'enfant*, rapport thématique 2010.

²³ La CNAMTS et la CNAV étudient toutefois la possibilité d'un appariement de leurs bases de données respectives afin de disposer d'informations sur le revenu des assurés sociaux pris en charge par l'assurance maladie.

Dans certaines exploitations statistiques sur la santé des populations, la catégorie socioprofessionnelle est en revanche prise en compte, mais avec des limites :

- de nombreuses données ne sont pas exploitées en routine. C'est le cas des certificats de décès par l'INSEE : la dernière publication sur les disparités de mortalité par catégorie sociale chez les enfants remonte à 1998. De la même manière, les différents certificats de santé obligatoires produits au cours des premières années de l'enfant (certificats du 8^e jour, du 9^e mois et du 24^e mois, bilans de santé de la 4^e année et de la 6^e année de l'enfant²⁴) donnent lieu à la production de données d'activité et de données épidémiologiques en routine, mais ces dernières ne sont pas exploitées systématiquement. La forte attrition des données produites (la DGS faisant état d'un taux d'attrition national d'au moins 30 % pour les certificats de santé du 9^e et du 24^e mois) ainsi que l'inégale qualité du remplissage compliquent l'utilisation de ces sources ;
- les enquêtes sur la santé n'isolent pas toujours la tranche d'âge des enfants. Les enquêtes Santé et Santé et protection sociale (SPS) portent sur des échantillons au sein desquels les classes d'âges sont regroupées. Deux enquêtes plus spécifiques sur la santé de l'enfant prennent en compte la catégorie socioprofessionnelle des parents : la première est l'enquête Périnatalité, la seconde l'enquête Santé scolaire²⁵. L'interprétation de ces données est toutefois fragile.

Encadré : la catégorie socioprofessionnelle, une donnée complexe à renseigner

La catégorie socioprofessionnelle est une donnée complexe à renseigner dans le cadre d'une enquête : les personnes qui répondent à l'enquête ne comprennent pas toujours bien les catégories sociales indiquées (« cadre » et « ouvrier » sont en général bien renseignés, mais pas « profession intermédiaire »), ce qui peut fausser la mesure du gradient social. Des procédures de recodage peuvent être réalisées, mais elles demandent du temps : ce sera le cas dans la nouvelle enquête Périnatalité 2010, qui devrait contenir une information socialisée de meilleure qualité²⁶ ;

L'exploitation des données socialisées peut par ailleurs poser un certain nombre de problèmes éthiques. Sur le plan juridique, la loi du 6 janvier 1978 dite « informatique et libertés » encadre la collecte et l'exploitation, y compris à des fins statistiques, de données sur la santé des personnes²⁷, et les conditions de leur appariement avec des données sociales. Plus largement, la question qui se pose est celle des principes qui doivent encadrer une telle recherche : ce point est abordé dans la troisième partie du rapport.

Compte tenu de la complexité des déterminants de la santé, conduire des études qualitatives préalables permettrait de mieux identifier quelles sont les variables pertinentes pour l'analyse des inégalités de santé. **Plus généralement, il n'existe pas de travail de synthèse et de conceptualisation sur l'état de santé des enfants et sur les inégalités sociales de santé dans l'enfance²⁸** à partir des différentes sources disponibles. Deux remarques doivent être faites ici :

- la collecte et l'exploitation de données exigent un travail coûteux en temps et en ressources : les besoins en matière de développement de la connaissance doivent donc être identifiés le plus précisément possible ;
- la connaissance des inégalités de santé physique dans l'enfance n'est que l'un des aspects de la question. Elle ne permet pas de prendre en compte ni les autres aspects du bien-être de l'enfant (santé psychique, sécurité, qualité de l'éducation, bien-être matériel, soutien

²⁴ Pour plus de compléments sur ces questions, voir l'annexe sur l'accès aux soins.

²⁵ La dernière enquête Périnatalité remonte à 2003 : une nouvelle enquête est en cours depuis 2010, ses premiers résultats devraient être disponibles à l'été 2011. Les enquêtes Santé scolaire sont réalisées à un rythme triennal, au moment de l'entrée des élèves au primaire, en CM2 et en classe de troisième.

²⁶ La catégorie socioprofessionnelle sera recodée à partir de l'emploi occupé.

²⁷ La loi identifie un certain nombre de données sensibles comme celles relatives aux « *origines raciales ou ethniques, [...] opinions politiques, philosophiques ou religieuses, ou [...] l'appartenance syndicale des personnes ou [...] relatives à la santé ou la vie sexuelle* ».

²⁸ La DREES envisage de réaliser une étude sur la santé des enfants à l'été 2011.

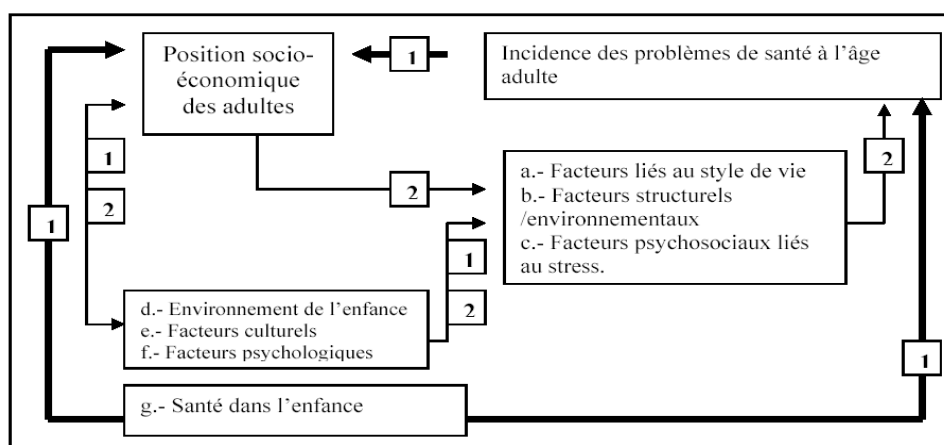
social par exemple...) ni l'action de déterminants sociaux de la santé qui se construisent dans l'enfance mais dont l'impact sur la santé ne se mesure qu'à l'âge adulte. Elle doit donc être complétée par la collecte de trois autres séries de données : des données sur les autres dimensions du bien-être, sur les déterminants sociaux de la santé dans l'enfance, et sur les inégalités sociales de santé dans l'ensemble de la population.

1.3. Les déterminants de ces inégalités de santé sont relativement connus

1.3.1. Certains déterminants de la santé jouent de façon spécifique pendant l'enfance

Plusieurs modèles visent à rendre compte de la façon dont agissent les déterminants sociaux de la santé. Ils se fondent sur différentes disciplines (épidémiologie, approche psychanalytique, approche sociologique...) et se distinguent principalement par la façon dont ils pondèrent les différents déterminants et leurs interactions tout au long de la vie de l'individu. Le schéma ci-dessous reproduit le modèle de Mackenbach et Stronks (2004). Il approche les déterminants sociaux de la santé par le biais du cycle de vie, ce qui présente l'intérêt de mettre en évidence le lien entre les conditions de vie dans l'enfance et la santé à l'âge adulte.

Tableau 2 : Modèle de Mackenbach et Stronks



Source : INPES

Le cadre d'analyse des déterminants sociaux de la santé chez les enfants ne diffère pas fondamentalement du raisonnement applicable à la population générale²⁹. Il comporte toutefois quelques spécificités :

- les déterminants macroéconomiques et environnementaux qui influent sur la santé de l'enfant sont les mêmes que ceux auxquels sa famille est confrontée. Le revenu de l'enfant est celui de sa famille, de même que l'état du logement. En revanche, les mêmes déterminants n'auront pas le même impact selon l'âge de l'individu. Les conditions de logement ont un impact plus fort sur le développement de l'asthme chez les enfants que chez les adultes, du fait d'une sensibilité plus élevée aux contaminants de l'air intérieur (acariens, moisissures, blattes,...) et de différences métaboliques³⁰ ;

²⁹ Voir à ce sujet le rapport général sur les inégalités sociales de santé.

³⁰ N. King, « L'impact de la qualité de l'air intérieur en milieu résidentiel sur la santé respiratoire », Revue *Vertigo*, mai 2003. Il faut également souligner que le métabolisme des enfants fait qu'ils inhalent plus d'air (et donc de contaminants) par unité corporelle que les adultes.

- le débat sur les déterminants comportementaux de la santé se trouve en partie neutralisé dans le cas de la petite enfance, ou en tout cas ne porte pas sur les enfants eux-mêmes mais sur leur entourage. Des chercheurs parlent d'« inégalité des opportunités » en santé pour qualifier le fait que le statut socioéconomique dans l'enfance et la santé des parents influent sur la santé que l'enfant aura lorsqu'il sera devenu adulte³¹ ;
- certains déterminants ne jouent qu'indirectement : le milieu de travail, par exemple, influence la santé des enfants via l'impact qu'il a sur la santé de leurs parents. A l'inverse, des questions spécifiques, comme les conditions du développement cognitif ou encore le lien parents-enfant, se posent spécifiquement lorsqu'on aborde le sujet de la santé des enfants ;
- des déterminants de la santé présents chez les parents peuvent avoir des effets sur l'enfant. Une étude a ainsi mis en évidence le fait que des mères de faible statut socioéconomique pouvaient être confrontées à un niveau de stress qui était lui-même corrélé à un niveau plus élevé des hormones de stress chez l'enfant, dès le plus jeune âge³².

1.3.2. Les conditions de vie, l'éducation et le lien parents-enfants ont fait l'objet de nombreux travaux

Etudier les déterminants sociaux de la santé permet d'établir une corrélation statistique entre un état de santé et un facteur donné, et de mieux comprendre comment les déterminants sont liés à la santé des individus. Les développements suivants illustrent par des exemples la connaissance de quelques grands déterminants sociaux de la santé dans l'enfance : les conditions socioéconomiques, l'éducation, le lien parents-enfants ou encore les comportements.

Les liens entre le niveau socioéconomique dans l'enfance et la santé à l'âge adulte ont fait l'objet d'études dans plusieurs pays. La *National Child Development Study* (NCDS) britannique a mis en évidence le fait que des difficultés financières répétées dans l'enfance multiplient par trois le risque d'une mauvaise santé perçue à l'âge adulte. En France, des travaux³³ soulignent l'effet propre des conditions socioéconomiques pendant l'enfance : avoir un père « cadre dirigeant, profession intellectuelle » augmente d'environ 12 points la probabilité d'avoir un bon état de santé perçue à l'âge adulte, par rapport au fait d'avoir un père « ouvrier ou employé non qualifié ». Cette analyse va dans le sens d'une transmission intergénérationnelle des inégalités de santé, qui joue par plusieurs biais : par l'influence directe du niveau socioéconomique des parents sur la santé des enfants, par l'influence des conditions de vie dans l'enfance sur les trajectoires de vie, et par la transmission de caractéristiques génétiques et de comportements en santé³⁴.

³¹ A. Trannoy, S. Tubeuf, F. Jusot, M. Devaux, "Inequality of opportunities in health in France : a first pass", *Health economics*, 2009. La question de la responsabilité individuelle en santé doit elle aussi être largement nuancées, cf. *supra* l'introduction du rapport.

³² S. Lupien, S. King, M. Meaney, and B. McEwen, *Child's Stress Hormone Levels Correlate with Mother's Socioeconomic Status and Depressive State*, Society of biological psychiatry, 2000.

³³ M. Devaux, F. Jusot, A. Trannoy, S. Tubeuf, « Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents », *Questions d'économie de la santé*, février 2007.

³⁴ Trois grands types d'interactions ont été mis en évidence par les études :

- un « modèle de latence », qui exprime l'effet direct des conditions de vie dans l'enfance sur la santé à l'âge adulte
- un « modèle du cheminement » : influence des conditions de l'enfance sur les trajectoires de vie ultérieures, et sur le statut socioéconomique à l'âge adulte, qui influence lui-même l'état de santé ;
- une transmission intergénérationnelle à la fois du patrimoine génétique et des comportements en santé.

Au sein de cet ensemble, deux éléments méritent d'être plus particulièrement soulignés :

- **la qualité sanitaire du logement.** Elle a pour sa part un effet immédiat, qui s'explique notamment par le fait que le métabolisme des enfants les expose davantage à la nocivité de certains polluants environnementaux³⁵. Plus largement, les conditions de logement des enfants ont aussi un impact sur leur réussite éducative, et donc indirectement sur leur santé³⁶ ;
- **le sujet de la pauvreté et de l'exclusion.** Cette question occupe une place à part dans les conditions de vie des enfants. Les situations de pauvreté et d'exclusion sociale ont en effet un impact immédiat et durable sur la santé. Les enfants des familles les plus pauvres sont davantage exposés à de mauvaises conditions de logement, à des polluants de l'air extérieur ou intérieur, à une mauvaise alimentation,... Une étude réalisée au Québec dans le cadre du rapport *Riches de tous nos enfants*³⁷ mettait ainsi en évidence une corrélation forte entre le fait d'être confronté à des difficultés économiques et le fait d'être hospitalisé au cours de l'enfance. Les jeunes de 1 à 17 ans issus de milieux défavorisés ont ainsi deux fois plus de risques d'être hospitalisés pour maladies respiratoires que les jeunes issus de milieux favorisés (11,5 % contre 5,9 %) ³⁸.

L'école joue, pour sa part, un triple rôle sur la santé : elle permet d'acquérir des connaissances sur les comportements en santé, elle influence la catégorie professionnelle et le niveau de revenu ultérieurs, et elle est un milieu de vie où des problèmes de santé peuvent être repérés. Il existe un lien entre le niveau d'études et l'état de santé des adultes : 46 % des femmes ayant un niveau d'études équivalent au certificat d'études primaires souffrent d'hypertension artérielle, contre 11 % de celles ayant un diplôme au moins équivalent à bac + 3³⁹. A l'inverse, le niveau d'éducation atteint par un enfant peut réduire l'impact des caractéristiques sociales et de l'état de santé de ses parents sur son propre état de santé, et donc avoir un rôle protecteur.

Plus spécifique à la période de l'enfance est la question du lien parents-enfants. Plusieurs modèles théoriques sous tendent les recherches : théorie psychanalytique, théorie de l'attachement, recherches menées en utilisant des cadres biologiques. Les neurosciences explorent ce domaine de façon croissante. Dès les années 80, est soulignée « *l'importance cruciale de l'environnement socioculturel dans l'élaboration de l'organisation cérébrale* »⁴⁰. Les scientifiques considèrent à l'heure actuelle qu'un élément déterminant du développement du cerveau du bébé est la relation de réciprocité avec ses parents, l'architecture cérébrale ne se formant pas bien en cas de réaction inappropriée⁴¹. Or, l'exercice de la fonction parentale est lui-même lié à des conditions telles que le temps parental, la prise en compte du rôle des parents à l'école, l'accompagnement et le soutien en cas de difficultés...

Parmi les déterminants comportementaux de la santé chez les enfants, l'alimentation et l'exercice physique sont ceux qui interviennent le plus tôt. Le lien entre l'activité physique et le surpoids ou l'obésité a été largement étudié. Une intervention visant à développer l'activité physique chez des élèves de sixième⁴² a ainsi montré que 4,2 % des élèves ayant un poids normal à l'entrée dans l'étude avaient un surpoids dans les collèges bénéficiant de l'action, contre 9,8 % dans les collèges « témoins ».

³⁵ Cf. *supra*.

³⁶ Dans son ouvrage *L'égalité des possibles*, Eric Maurin établit ainsi un lien entre le retard scolaire des enfants issus des familles les moins aisées et le fait que plus de la moitié des enfants de ces familles ne disposent pas de leur propre chambre.

³⁷ Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, *Riches de tous nos enfants La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans* www.msss.gouv.qc.ca, 2007

³⁸ Source : ministère de la santé et des services sociaux du Québec, fichier des hospitalisations.

³⁹ HCSP, *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, décembre 2009.

⁴⁰ Changeux J.P., *Cerveau et apprentissage*, Les Cahiers du MURS n°14, 1988.

⁴¹ Heckman JJ, encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, 2004, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants.

⁴² Intervention ICAPS, cf. *infra*.

Le suivi de cohortes fournit des informations intéressantes sur certains facteurs de risque ou de protection de la santé. La cohorte ELDEQ⁴³ mise en place au Québec montre ainsi qu'un enfant de quatre ans qui vit depuis sa naissance dans une famille en bas de l'échelle sociale a un risque d'être en surpoids de 42 % supérieur à celui d'un enfant vivant dans une famille aisée, toutes choses égales par ailleurs, et que son risque d'avoir des caries est doublé (+ 112 %). Inversement, le fait pour un enfant d'avoir été allaité (la pratique de l'allaitement étant elle-même marquée par un gradient social) diminue la probabilité d'être hospitalisé pendant les deux premières années de sa vie, quelle que soit sa position sociale.

Les travaux réalisés sur ELDEQ mettent également en évidence des facteurs protecteurs de santé⁴⁴ : dans les familles où la mère se déclare en très bonne santé, et où les grands-parents apportent leur soutien, le lien entre position sociale et santé de l'enfant s'atténue. Par ailleurs, pour les enfants ayant été allaités pendant au moins six mois, la probabilité d'être hospitalisé avant l'âge de quatre ans est faible quelle que soit la catégorie sociale d'appartenance. La notion de « facteurs protecteurs de la santé » pose toutefois une difficulté spécifique : elle porte le risque d'aborder la question des inégalités de santé sous un angle plus prescriptif, voire normatif ou culpabilisateur.

2. LES INEGALITES DE SANTE DANS L'ENFANCE SONT UNANIMEMENT JUGEES INACCEPTABLES

2.1. *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance renvoient à des questions de justice sociale*

Dire que les inégalités sociales de santé chez les enfants justifient une action publique renvoie tout d'abord au même constat qu'en population générale. La santé est un bien individuel fondamental, réparti inégalement selon les membres de la société. Certaines causes de ces inégalités sont biologiques, d'autres sont socialement construites et constituent de ce fait un champ d'intervention légitime pour l'action publique. **Le premier argument qui justifie de faire des inégalités de santé un objet de politique publique est donc un argument de justice sociale.**

Il prend une dimension particulière dans le cas de l'enfance, du fait de la dimension intergénérationnelle des inégalités sociales de santé. Le constat d'un lien entre l'espérance de vie des enfants et l'espérance de vie de leurs parents permet de parler d'inégalité des chances en santé. Elle s'explique, à côté des caractéristiques biologiques des individus, par l'impact très fort des conditions de vie dans l'enfance sur la santé, par la transmission du niveau de préférence pour la santé ou de comportements en santé des parents, et par la reproduction d'inégalités en matière d'éducation ou d'emploi⁴⁵.

D'autres arguments visent à mesurer quel serait la conséquence budgétaire d'une plus grande intervention sur les inégalités de santé⁴⁶. Les dépenses pour réduire les inégalités de santé dans l'enfance peuvent constituer un investissement, en réduisant le coût futur de la mauvaise santé. Une étude réalisée aux Etats-Unis sur un programme d'intervention précoce, le *Perry Preschool Project*, a mis en évidence un retour sur investissement de 7,16 \$ pour les finances publiques de chaque dollar investi⁴⁷. Au Québec, le rapport sur la santé des enfants⁴⁸ note que si l'ensemble des jeunes de moins de 18 ans avaient le même niveau d'hospitalisation que les enfants les plus favorisés, 13 500 hospitalisations de moins auraient lieu chaque année.

⁴³ Etude longitudinale du développement des enfants du Québec.

⁴⁴ Sont appelées facteurs protecteurs de santé les variables ayant un effet modifiant sur le lien entre santé et position sociale.

⁴⁵ Voir notamment à ce sujet M. Devaux, F. Jusot, A. Trannoy et S. Tubeuf, « La santé des seniors selon leur origine sociale et la longévité de leurs parents », *Economie et statistiques*, 2008.

⁴⁶ Pour plus de développements sur ce point, voir le rapport général.

⁴⁷ Une méta-analyse réalisée en 2004 par Sweet et Appelbaum sur 34 programmes préscolaires de prévention montre toutefois que les effets de ces programmes tendent à décliner au cours du temps (source OCDE).

⁴⁸ Op. cit.

L'apport de raisonnements de type budgétaire au débat sur les inégalités sociales de santé doit toutefois être apprécié avec précaution, compte tenu de la complexité des interactions entre l'individu et son environnement. Plutôt qu'un chiffrage précis des gains à attendre d'une telle démarche, ces études ont l'intérêt de mettre en évidence l'intérêt de créer des environnements favorables à la santé.

Ce dernier point est illustré par le concept de «santé dans toutes les politiques». Non seulement le système de santé ne peut pas à lui seul réduire les inégalités sociales de santé, mais toute politique publique peut potentiellement être une politique de santé dès lors qu'un déterminant de la santé de l'enfant relève, intégralement ou en partie, de son champ d'action. Santé dans toutes les politiques et réduction des inégalités de santé sont des approches distinctes : la première ne peut avoir aucun effet sur la seconde, voire contribuer à creuser les inégalités de santé, si les catégories socioprofessionnelles les plus favorisées profitent davantage des dispositifs mis en œuvre. Toutefois, l'action sur les inégalités de santé peut s'appuyer utilement sur d'autres politiques que le seul système de santé : si l'on reprend les principaux déterminants de la santé évoqués ci-dessus, la politique du logement, de l'emploi, l'éducation, le soutien à la parentalité ... sont impliquées dans la réduction des inégalités de santé.

2.2. *Elles sont unanimement jugées importantes, au-delà du système de santé*

Les auditions et les entretiens réalisés par la mission dans le cadre de ses déplacements conduisent tous au même constat : **la santé des enfants est unanimement jugée importante par les experts, les professionnels et les responsables institutionnels.** La tranche d'âge choisie est particulièrement marquante, chacun s'accordant à considérer que l'avenir d'un enfant se joue à bien des égards entre la naissance et l'âge de trois ans et se confirme dans les années qui suivent avec les premiers apprentissages scolaires. Le consensus est même plus large. Il porte aussi sur le caractère insupportable d'inégalités de santé chez des enfants qui ne peuvent que subir cette situation.

Le rôle d'un certain nombre de déterminants sociaux de la santé est en général connu ou pressenti. Les conditions d'hygiène et l'exposition à des risques toxiques sont les premiers facteurs auxquels il est communément pensé quand il s'agit d'améliorer la santé des enfants. Il est aisé de se représenter leurs effets directs sur l'intégrité physique d'êtres d'autant plus fragiles que leur résistance est faible du fait de leur âge. Mais l'influence de déterminants de la santé moins classiques est tout aussi comprise. L'enfant est un être en développement, et il est assez généralement admis que des facteurs sociaux et éducatifs imprimeront une marque sur la construction de sa personnalité, sur son devenir psychoaffectif, sur ses comportements et ses modes de vie futurs. La réussite scolaire apporte une assurance qui ne peut qu'être bénéfique au développement d'une personnalité équilibrée. La qualité des premières relations avec un jeune enfant dans le cadre de son accueil dans une crèche, la richesse des liens établis avec ses parents, l'éveil précoce de ses capacités intellectuelles et affectives, sont de puissants stimulants d'une bonne santé présente et à venir. Ces convictions sont très largement partagées par tous ceux, professionnels et responsables institutionnels qui conduisent auprès des enfants des actions publiques dans les domaines de l'éducation, du soutien aux familles, de l'intervention sociale, de l'accueil et de la protection des jeunes enfants.

Les autorités publiques concernées par les déterminants sociaux de la santé

L'action publique sur les déterminants sociaux de la santé prend différentes formes selon la nature plus ou moins structurelle de ces déterminants (des causes proximales aux causes fondamentales de la santé des individus⁴⁹) et l'horizon temporel dans lequel ils s'inscrivent. En résumé, les politiques publiques peuvent avoir quatre grands types de préoccupations :

- assurer la santé immédiate de l'enfant en dépistant les pathologies, en facilitant l'accès aux soins et en agissant sur des risques immédiats comme le saturnisme ;
- agir sur des déterminants, principalement comportementaux, dont on sait qu'ils auront un impact direct sur la santé immédiate ou future (alimentation, activité physique, addictions...) ;
- agir sur le bien être immédiat de l'enfant : meilleure prise en compte des rythmes chrono biologiques, adaptation des logements...
- agir sur des déterminants plus structurels dont on sait qu'ils auront un impact sur les conditions socioéconomiques futures, sur les comportements et donc sur la santé.

Le premier type de politiques publiques concernées couvre les politiques de prévention et de promotion de la santé au sens strict du terme. Dans les comptes de la santé 2009, 6 milliards d'euros sont consacrés à la prévention⁵⁰ sur une dépense courante de santé de 223 milliards d'euros. Au sein des dépenses de prévention, 3,2 Mds € financent de la prévention individualisée, et 2,9Mds € de la prévention collective. En revanche, les actions visant à améliorer le cadre de vie et l'environnement ne rentrent pas dans cet agrégat. Les politiques de prévention en direction de l'enfant mobilisent des professionnels de santé, parmi lesquels la médecine périnatale, la protection maternelle et infantile, les services de santé scolaire aux côtés des autres professionnels en contact avec les familles. Elles recouvrent, selon la typologie des actions de prévention adoptée par la DREES⁵¹ :

- des actions de « prévention primaire », individuelles et collectives, visant à prévenir l'apparition de maladies : séances d'éducation à la santé en établissement d'accueil, en PMI ou en milieu scolaire, campagnes de sensibilisation et de promotion de l'hygiène de vie à destination des parents ou des enfants, vaccination ;
- des actions de « prévention secondaire » visant à dépister une maladie : les bilans de santé de la quatrième et de la sixième année de l'enfant y contribuent, de même que des actions de dépistage bucco-dentaire par exemple ;
- des actions de « prévention tertiaire » visant à prendre en charge des facteurs de risque ou des formes précoces de la maladie. La correction de la dyslexie, du strabisme et des troubles de l'odontogénèse chez les enfants en font partie.

D'autres politiques agissent sur les déterminants de la santé situés hors des politiques de prévention au sens des comptes de la santé : certaines ont pour cible populationnelle l'enfance (accueil du jeune enfant, préscolarisation, école primaire...), d'autres ont un effet sur la santé des enfants, sans avoir pour cible les enfants (politique de l'emploi, politique du logement, politique des transports...). Certaines de ces politiques sont davantage des préoccupations transversales aux politiques publiques que des dispositifs circonscrits, comme par exemple le soutien à la parentalité. Les politiques des collectivités territoriales agissent pour leur part sur le cadre de vie global des individus, notamment au niveau communal.

⁴⁹ La distinction entre causes proximales et causes fondamentales de la santé est présentée notamment par le HCSP dans son rapport sur les inégalités de santé.

⁵⁰ Hors dépenses de prévention au sein de la consommation de soins et de biens médicaux.

⁵¹ DREES, *Les dépenses de prévention et les dépenses de soin par pathologie en France*, Etudes et résultats, n°504, juillet 2006. D'autres typologies de la prévention existent par ailleurs.

3. POURTANT, ELLES NE FONT PAS L'OBJET D'UNE STRATEGIE EXPLICITE

3.1. *Il n'existe pas de stratégie globale sur le sujet des inégalités de santé dans l'enfance*

Les politiques publiques ne retiennent pas pour objet la réduction des inégalités sociales de santé. Elles se centrent sur leurs seuls objectifs premiers : l'éducation, le soutien social, la sécurité, sans considérer l'impact qu'elles ont sur la santé des enfants et plus spécialement sur la réduction des inégalités sociales de santé. Plus exactement, cet impact est vu comme une retombée collatérale de leur mise en œuvre, un effet non appréciable et de nature floue. La quasi-totalité des acteurs rencontrés par la mission, tant au niveau central que territorial, considèrent qu'ils n'ont pas les moyens d'agir. Ils ne voient pas comment la politique dont ils ont la charge pourrait s'inscrire dans une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé dans l'enfance.

Cette situation pourrait être considérée comme satisfaisante. Après tout, l'école, pour prendre cet exemple, est faite pour acquérir des connaissances, former à la citoyenneté, et si le développement des apprentissages qu'elle permet se fait dans des conditions bénéfiques pour la santé des enfants, tant mieux. Elle pourrait ne pas se détourner de sa mission principale, d'autant que d'autres politiques publiques sont destinées à s'intéresser plus spécifiquement à la santé des enfants et à la réduction des inégalités sociales de santé. A chacun sa mission principale, la confusion des objectifs faisant perdre de son efficacité à l'action.

Cependant, quand la santé est aussi bien une cause qu'une conséquence, quand elle favorise ou compromet la bonne réalisation des objectifs mêmes de ces différentes politiques publiques, il est dommage qu'elle ne soit pas un objet en tant que tel, pris en considération par les stratégies publiques de quelque sorte qu'elles soient. Des effets plus déterminants tant sur la santé que sur les sujets qu'elle influence pourraient être obtenus en adaptant mieux les actions aux besoins de santé.

Un exemple de politique publique qui pourrait prendre en compte un objectif de réduction des inégalités sociales de santé des enfants : l'aide au retour à l'emploi

Pôle Emploi peut, localement, réserver des places à certains publics dans des plans de formation auxquels les demandeurs d'emploi ont accès. Pour favoriser le retour à l'emploi des personnes de plus de cinquante ans, sur 100 places de formation, par exemple, à des métiers de bouche, 60 peuvent accueillir en priorité des demandeurs d'emploi avec cette condition d'âge. Au-delà de cet accès plus facile à des formations,

Il serait donc possible, de la même façon, de réserver des places de formation et de développer un soutien à l'embauche au profit d'autres populations, comme par exemple des demandeurs d'emploi ayant des enfants ou des femmes élevant seules leurs enfants, en liant l'offre de formation et l'accès à un mode d'accueil pour l'enfant. S'il est considéré que l'amélioration de la situation sociale des parents, sur le plan de l'emploi et des ressources, a un effet sur la bonne santé des enfants, une telle stratégie favorisant le retour à l'emploi des personnes ayant ce type de charge familiale serait bénéfique à la réduction des inégalités sociales de santé des enfants.

Bien sûr, au cas par cas, il est possible qu'un conseiller de Pôle Emploi privilégie l'accès à telle ou telle formation d'un demandeur d'emploi ayant des enfants en bas âge. Mais ce n'est pas une stratégie délibérée, construite, évaluée. La réduction des inégalités sociales de santé des enfants n'est pas en effet un objet de politique pour l'action publique menée en faveur de l'emploi.

3.2. *Des initiatives sont parfois mises en place sans être affichées telles quelles ni évaluées*

L'une des conséquences du paradoxe énoncé ci-dessus est que des initiatives intéressantes sont parfois prises sans que leur lien avec les inégalités de santé dans l'enfance soit explicité. C'est le plus souvent au niveau territorial qu'une telle démarche est engagée. Au cours de ses investigations, la mission a relevé plusieurs illustrations de cette dynamique.

Des diagnostics territoriaux permettent de connaître l'état des inégalités de santé sur un territoire donné. Dans le diagnostic préalable à l'élaboration de son plan stratégique régional de santé, l'ARS d'Ile-de-France a analysé un certain nombre de disparités sociales et territoriales en matière de santé des enfants – comme le taux de mortalité, qui varie de 8,8 ‰ dans les Yvelines à 13,4 ‰ en Seine-Saint-Denis. De la même manière, le PSRS du Languedoc-Roussillon intègre dans son diagnostic un état des inégalités sociales de santé en population générale, qui s'appuie sur une enquête de l'observatoire régional de santé de 2008. Dans certaines régions comme le Limousin, les données issues des certificats de santé sont analysées, ce qui permet de disposer de données localisées sur la santé des enfants. Dans le Nord-Pas-de-Calais, l'ancien projet régional de santé publique, « santé des jeunes » consacrait un de ses axes de travail à la santé des enfants, en identifiant parmi ses leviers d'action des déterminants sociaux de la santé.

Certaines politiques publiques intensifient de fait leurs actions en direction de populations présentant des cumuls de désavantages ou cherchent à apporter une réponse spécifique aux publics vulnérables :

- par l'intensification des prestations en fonction des besoins : dans le cadre de leur politique d'action sociale, les CAF du Limousin offrent un « accueil naissance » individualisé aux femmes primipares, aux familles venues d'un autre département ou aux femmes en recherche d'emploi. Dans la Creuse, une sage-femme de PMI, détachée à l'hôpital de Guéret, réalise des entretiens prénataux précoces et participe au staff médico-social, où sont évoqués les cas de grossesse problématique (environ 9 % des grossesses). C'est sur ces grossesses que sont centrées les visites à domicile post-accouchement ;
- par une offre réservée en partie aux publics en insertion. A Montpellier, une **vingtaine de places dans les établissements d'accueil du jeune enfant du centre** ville sont réservées, pour pouvoir accueillir des enfants dont les familles ont un besoin spécifique d'accompagnement et sont signalées à ce titre par le conseil général. Un groupe de travail associant le conseil général, la CAF et la ville de Montpellier travaille par ailleurs pour développer l'aide aux familles engagées dans une démarche d'insertion ;
- par une approche territoriale des difficultés sociales et sanitaire : c'est notamment l'approche des ateliers santé ville financés dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale.

Plus fondamentalement, une politique comme celle de la protection maternelle et infantile a explicitement une mission à la fois sanitaire et sociale : une circulaire du 16 mars 1983 insiste ainsi sur le fait que la vocation de la PMI est notamment de lutter contre les inégalités et « *les handicaps et les inadaptations de tous ordres* ».

Des actions expérimentales sur les comportements en santé visent à offrir une réponse globale à une problématique comme le surpoids ou l'obésité. L'initiative ICAPS (Intervention auprès des Collégiens ciblant l'Activité Physique et la Sédentarité), menée de 2002 à 2006 auprès de 954 collégiens du Bas-Rhin, visait ainsi à promouvoir l'activité physique sous toutes ses formes, en s'appuyant sur les collègues et les associations sportives, et en mettant en place des relais auprès de la famille.

Des collectivités territoriales peuvent porter un « discours santé ». La ville de Montpellier a ainsi mis en place une maison de la prévention et de la santé en plus de sa compétence en matière de vaccination. A Dunkerque, une structure associative, la Maison de la promotion de la santé, est chargée de porter le projet Dunkerque Ville Santé⁵². L'objectif est d'adapter les prestations et les interventions en fonction des besoins de chaque catégorie socioprofessionnelle : par exemple, des actions en santé environnement ou de prévention des maladies chroniques sont menées à l'échelle de la ville, mais des ateliers participatifs sont organisés dans les quartiers. Des « labels santé » mettent également en valeur des initiatives portées par un certain nombre de territoires ou de politiques : villes santé de l'OMS, hôpitaux amis des bébés, écoles santé etc.

4. PLUSIEURS HYPOTHESES PERMETTRAIENT D'EXPLIQUER CE PARADOXE

4.1. *Un déficit de connaissance : les inégalités sociales de santé dans l'enfance et les modèles d'intervention sont mal connus*

Des données sur les inégalités sociales de santé entre les enfants existent, mais elles ne sont pas regroupées de façon synthétique. Il n'y a ni au niveau national ni au niveau local, sauf exceptions, de tableau de bord de ces inégalités, permettant de les rendre visibles et d'en suivre l'évolution. Ce défaut de visibilité des inégalités sociales de santé peut expliquer qu'elles ne soient pas considérées comme un objet de politique. Si elles ne sont pas rendues visibles, elles n'existent pas aux yeux des autorités publiques, *a fortiori* quand celles-ci ne sont pas particulièrement sensibilisées à leur sujet.

Malgré le développement des connaissances sur les inégalités de santé et leurs déterminants, les notions de déterminants sociaux de la santé et d'inégalités sociales de santé sont inégalement comprises, y compris au sein du système de santé. Cette faible diffusion des concepts est encore plus sensible lorsque l'on évoque le sujet des inégalités de santé avec des responsables de politiques publiques ayant un impact sur la santé et les conditions de vie des individus (emploi, logement, éducation,...) mais n'appartenant pas au système de santé.

Il existe des **débats toujours vifs sur ce que l'on peut savoir des déterminants des inégalités sociales de santé**, et sur la nature du lien que l'on peut établir entre un déterminant et un état de santé donné. C'est le cas par exemple de l'impact sur le bien-être des enfants du fait de vivre dans une famille monoparentale. Prenant acte de statistiques évoquant des troubles de comportement plus fréquents chez ces enfants, l'UNICEF et l'OCDE ont procédé à une méta-analyse, et en arrivent à des résultats mitigés. La conclusion en effet est que, « *si le fait d'être élevé dans une famille monoparentale a un impact, cet impact est faible et la preuve que des structures de type famille monoparentale diminuent le bien-être des enfants par rapport à des structures dans lesquelles les parents restent ensemble n'est pas faite* »⁵³.

Les modèles d'intervention sur les déterminants de la santé sont faiblement diffusés. La notion d'« universalisme proportionné » est un concept développé notamment par la commission des déterminants sociaux de l'OMS dans le cadre de ses travaux sur la réduction des inégalités sociales de santé. Il consiste à offrir à l'ensemble de la population un certain nombre de services universels, puis à intensifier ensuite l'action publique en fonction des besoins spécifiques des personnes ou des catégories socioprofessionnelles, en fonction des difficultés auxquelles elles sont confrontées. Ce concept présente l'intérêt de proposer une alternative à l'opposition entre une offre de droit commun et des services centrés sur les populations les plus en difficulté.

Cette notion n'est toutefois que marginalement connue, même si certains dispositifs en font usage dans la pratique (cf. *infra*). La faible appropriation de ce type de cadre de référence contribue à expliquer que la réduction des inégalités sociales de santé reste associée, dans l'esprit de bon nombre d'acteurs, aux problèmes de santé spécifiques liés aux situations de pauvreté.

⁵² Dans le cadre du réseau des villes santé de l'OMS.

⁵³ D'autres déterminants, comme le niveau de vie de la famille, peuvent en revanche jouer.

4.2. Une conception de la santé et du développement de l'enfant qui demeure débattue

4.2.1. La notion de santé a des acceptions différentes et peut engendrer de la méfiance

La représentation courante de la santé associe cette notion aux soins et aux activités médicales. La définition de l'OMS est connue, mais les acteurs ne s'y réfèrent que rarement de façon spontanée. Aussi, l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé est d'abord compris comme une ambition à soutenir par l'appareil de soins, au travers d'un meilleur accès aux soins et à la prévention des populations défavorisées. Se donner un tel objectif, pour les professionnels et les responsables administratifs dans les domaines de l'éducation, de l'emploi, de l'accueil des enfants, du soutien parental, paraît au premier abord incongru. Spontanément, lorsque l'on évoque la question de l'éducation comme déterminant de la santé, le premier levier mentionné est celui des services de santé scolaire, et non pas de la politique éducative en tant que telle.

L'affichage d'un objectif de réduction des inégalités sociales de santé doit s'accompagner d'explications sur la notion de santé à laquelle il est fait référence. Il ne faut cependant pas exagérer ce besoin d'explication. La santé considérée comme un état de bien-être est finalement une référence entrée peu ou prou dans notre culture collective sur le sujet, même si les représentations l'associant à la médecine restent premières. La meilleure preuve en est le recours de plus en plus fréquent à cette notion de bien-être pour caractériser les objectifs poursuivis par de nombreuses actions éducatives ou sociales. Et, très vite, il s'avère que les notions de santé et de bien-être sont en fait interchangeable dans les discours, notamment quand il s'agit d'enfants. La notion de bien-être est même mieux acceptée et mieux comprise lorsqu'elle est appliquée au domaine de l'enfance : évoquer le bien être des adultes fait souvent sourire, ce qui n'est pas le cas lorsqu'on se préoccupe de bien-être de l'enfant.

Le ministère de l'Éducation nationale fait volontiers usage de cette notion de bien-être, en lieu et place de celle de santé : une circulaire en date du 12 janvier 2001 précise que la mission de l'école auprès des élèves est « *de veiller à leur bien-être, de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective* ». La raison avancée par le ministère pour expliquer cette substitution est la crainte que la notion de santé, si elle était employée, ne soit l'objet de malentendus de la part des personnels enseignants, qui n'en retiendraient que la seule dimension biologique. De plus, une stratégie de santé apparaît souvent comme un objet de politique du seul ministère de la santé : le recours à la notion de bien-être, pour désigner un objet de politique, semble servir à éviter toute confusion dans les responsabilités administratives, quand il s'agit en fait d'agir en faveur de la santé des personnes.

La notion de santé, telle qu'entendue par l'OMS, donne d'elle-même une représentation tentaculaire. Il n'est pas certain que le recours substitutif à la notion de bien-être échappe à ce risque. Tenir la santé à distance des objectifs de la politique publique menée par telle ou telle autorité publique ne relevant pas du ministère de la santé, paraît en tout cas être une défense par rapport à un projet impérialiste faisant de la santé l'alpha et l'oméga de toute question portant sur la vie sociale et économique.

4.2.2. Les questions de bien être de l'enfant peuvent être porteuses d'une vision normative

Le bien être de l'enfant renvoie à des déterminants pour lesquels les frontières entre sphère publique et sphère privée sont perméables. Considérer que la manière dont s'exerce la fonction parentale influence le bien être de l'enfant pourrait conduire à définir ce que devraient être de « bons parents ». Préconiser tel ou tel type de mode d'accueil du jeune enfant peut être perçu comme une dévalorisation du milieu familial. Il s'agit de questions sensibles d'un point de vue éthique qui peuvent être à l'origine d'une certaine réticence pouvant s'exprimer par la crainte d'un renforcement de contrôle social.

En outre, traiter d'inégalités sociales de santé revient à dire que certains enfants sont dans des situations plus difficiles et que les efforts sur les déterminants pourraient être proportionnés en fonction des difficultés. **Or des politiques comme la protection maternelle et infantile, sont fondées sur un principe d'universalisme fort**, même si les pratiques professionnelles, pragmatiques, priorisent les moyens dont elles disposent au regard des difficultés identifiées.

4.3. *Un objectif de santé qui s'ajouterait aux finalités principales de la politique publique*

Les efforts de chaque autorité publique, dans son domaine de compétence, visent d'abord à atteindre les finalités qui sont les siennes. Prendre en compte des objectifs de santé peut être perçu comme une charge supplémentaire, qui imposerait d'y consacrer une part de ses forces, au détriment des autres obligations auxquels il faut faire face.

Dans ces conditions, un objectif de santé, s'ajoutant à ceux qu'une autorité publique doit déjà porter, entre en concurrence avec ces autres nécessités. En se donnant un objectif de santé, l'autorité publique se rend comptaible de résultats à obtenir dans un domaine qu'elle considère comme n'étant pas le sien, sans toujours disposer de l'expertise et des moyens nécessaires.

L'appréciation de la politique familiale au regard du bien-être de l'enfant illustre cet état de fait : mesurée à l'aune du taux de fécondité (un peu plus de deux enfants par femme en 2010), la politique familiale paraît remplir les objectifs fondamentaux qui lui sont fixés – soutenir la natalité en maintenant un équilibre entre recettes et dépenses publiques⁵⁴. Le programme de qualité et d'efficacité de la branche famille note ainsi que « *le haut niveau de la fécondité française [...] témoigne d'une réussite indéniable de la politique familiale française dans la recherche du meilleur compromis entre ces objectifs potentiellement conflictuels* ». Les questions de santé et de bien-être de l'enfant ne sont pas centrales dans le débat. Le fait que ces questions ne fassent pas partie des thèmes de travail du Haut conseil de la famille en est une illustration.

Les difficultés d'évaluation des actions sur les déterminants sociaux de la santé renforcent cette réticence. En effet, dès lors que l'évolution d'un état de santé ne provient pas d'un déterminant en particulier, mais d'une association entre plusieurs facteurs qui se cumulent dans le temps et interagissent entre eux, quelle part faut-il attribuer à chaque déterminant – et à chaque action publique – dans l'évolution des états de santé ? Dans quelle mesure l'action sur un déterminant de la santé se traduira-t-il par une évolution des inégalités de prévalence ou d'incidence de la pathologie considérée ?

⁵⁴ La branche famille de la sécurité sociale porte toutefois d'autres objectifs, dont un objectif d'aide aux familles en difficulté.

4.4. Des difficultés pour élaborer une politique intersectorielle de santé publique

L'élaboration d'une véritable politique intersectorielle de santé publique se heurte à des difficultés récurrentes. Dans son évaluation du second programme national nutrition santé (PNNS2), l'IGAS souligne ainsi la faiblesse du dispositif interministériel : « *[le CNSP] ne constitue en aucun cas un comité interministériel consacré à la nutrition, ni d'ailleurs une instance stratégique d'un programme tel que le PNNS. Il n'a pu en particulier remédier aux insuffisances, constatées..., en matière de lutte contre l'obésité, de développement de l'activité physique et de lutte contre la sédentarité [...] des personnes en situation précaire ou défavorisées* ».

L'objet de la mission n'est pas de se prononcer sur le dispositif national de gouvernance de la politique de santé, qui a fait l'objet d'un rapport spécifique. Elle souligne en revanche que la qualité du dispositif de coordination constitue un préalable nécessaire à la mise en place d'une stratégie coordonnée sur les inégalités sociales de santé.

II/ Quatre études de cas : que changerait la prise en compte d'un objectif de réduction des inégalités sociales de santé par les politiques publiques ?

La santé ne saurait être l'objectif premier de toute politique publique, au motif que toutes y concourent. Cependant, sans modifier ses objectifs propres, **chaque politique publique peut être interrogée pour savoir comment elle contribue à la santé des enfants**, et plus particulièrement à la réduction des inégalités sociales de santé. Les objectifs que s'assignent les politiques et les actions que conduisent les autorités publiques dans les domaines de l'éducation, de la parentalité, des modes d'accueil, du logement ont des conséquences sur les inégalités sociales de santé des enfants. Quand l'école travaille à améliorer les performances scolaires des élèves, et plus particulièrement de ceux qui appartiennent aux classes sociales les plus défavorisées, elle contribue à les réduire. Les conséquences sur la santé sont obtenues de surcroît, mais elles sont réelles.

On peut toutefois penser que cette approche est moins efficace que si la réduction des inégalités sociales de santé des enfants était un objectif explicite. Cette conviction doit être étayée par des preuves concrètes. Les développements qui suivent visent à analyser dans quelle mesure un objectif de réduction des inégalités sociales de santé des enfants pourrait être pris en compte sans détourner les politiques publiques de leurs cibles principales, et sans toujours demander des efforts significativement plus grands. En d'autres termes, en quoi un tel objectif changerait-il le contenu des actions conduites dans le cadre d'une politique publique qui n'a pas la santé comme finalité principale, sans alourdir sa tâche, voire en facilitant la réussite des objectifs qu'elle poursuit ?

Encadré : quatre thématiques ont fait l'objet d'un examen spécifique

Pour répondre à cette question, la mission a choisi d'examiner plus en détail quatre politiques spécifiques, et d'étudier les conséquences d'une approche par les inégalités sociales de santé sur leur action. Les thématiques retenues sont l'école, le soutien à la parentalité, l'accueil du jeune enfant, et enfin l'amélioration de l'habitat privé, à travers la politique de l'agence nationale pour l'amélioration de l'habitat.

La première raison du choix de ces quatre thèmes tient à leur diversité. Appliquer une même méthode d'analyse à des politiques variées représentait un intérêt pédagogique fort. Cela permettait de clarifier le raisonnement sur lequel s'appuie le modèle de réduction des inégalités sociales de santé. Ces quatre thématiques reflètent **des modes d'influence variés entre un déterminant social de la santé et le bien-être des enfants** :

- par leur impact sur la santé à plus ou moins long terme : des conditions de logement très dégradées auront un effet plus rapide sur la santé de l'enfant que le niveau éducatif, qui joue à plus long terme ;
- par leur proximité plus ou moins grande avec le système de santé : les modes d'accueil du jeune enfant et le milieu éducatif sont liés pour une partie de leur action au système de santé (normes sanitaires d'accueil, présence de professionnels de santé dans les structures, réalisation de bilans de santé) ;
- par leur caractère plus ou moins universel ou ciblé : les modes d'accueil et la scolarisation s'adressent potentiellement à l'ensemble de la population, tandis que le soutien à la parentalité et l'amélioration de l'habitat ciblent davantage des besoins spécifiques ;
- par le fait que certains d'entre eux, comme l'école ou les modes d'accueil du jeune enfant, constituent aussi des lieux de vie qui permettent de suivre les enfants pendant une certaine durée. A l'inverse, le soutien à la parentalité présente l'intérêt d'être une préoccupation transversale à de nombreuses politiques liées à la famille et à l'enfant ;
- par leurs modes d'organisation et d'action qui associent Etat, collectivités territoriales, organismes de sécurité sociale et associations.

Une seconde raison tient à la place qu'occupent ces quatre thèmes dans les politiques de l'enfance : les questions qu'elles soulèvent font régulièrement l'objet de débats médiatisés (les rythmes scolaires, la préscolarisation, le contenu des modes d'accueil...), mais pas sous l'angle des inégalités de santé. Modes d'accueil et éducation concentrent un effort financier élevé, de 22 Mds € pour les enfants de moins de 6 ans. Il y a une apparente contradiction entre les efforts consentis et le constat d'inégalités de santé importantes. Etudier ces politiques sous l'angle des déterminants sociaux permettait de mieux comprendre les raisons de cette contradiction.

Au moins autant que le contenu, la mission a voulu mettre en avant la méthode de raisonnement, et la faisabilité d'une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé dans l'enfance. Le choix des thématiques à retenir dans le cadre d'une stratégie de réduction des inégalités de santé renvoie à un débat qu'il ne lui revenait pas de mener.

On peut s'étonner que la mission n'ait pas choisi de mieux explorer la thématique de l'accès aux services de prévention et de soins, alors même que le ministère de la santé a fait de la réduction des inégalités sociales de santé un axe structurant de la dernière loi de santé publique. Plusieurs raisons sous-tendent ce choix. La première de ces raisons est que l'accès à la prévention et aux soins est le premier déterminant spontanément cité, en contradiction avec les connaissances scientifiques actuelles. Explorer des déterminants moins bien identifiés permet de dépasser cette vision immédiate. Par ailleurs, beaucoup de travaux portent déjà sur l'accès à la prévention et aux soins⁵⁵. Enfin, s'intéresser à des déterminants relevant d'autres politiques permettait de mieux illustrer le rôle d'autres acteurs publics dans une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé. La mission a donc fait le choix de ne pas étudier cet aspect de façon approfondie, mais de l'évoquer de façon transversale.

⁵⁵ Ces travaux sont toutefois souvent centrés sur les questions de performance davantage que sur celles d'inégalités d'accès.

1. LE SOUTIEN A LA PARENTALITE

Quelle place pour la réduction des inégalités sociales de santé dans le soutien à la parentalité ?

La qualité du lien entre parents et enfants est un déterminant important du bien-être de l'enfant. La structure familiale, la disponibilité des parents ou leur relation avec les institutions qui accueillent l'enfant peuvent jouer un rôle dans ce lien. Plus largement, les difficultés sociales et économiques auxquelles sont confrontées les familles peuvent rendre l'exercice de la fonction parentale plus difficile.

Repérer le plus en amont possible des conditions qui peuvent rendre le rôle parental plus difficile, et offrir des services gradués en fonction des besoins des familles (avec un socle universel minimum et une intensification en fonction des situations) pourrait permettre de mieux prendre en compte les cumuls de difficultés auxquels sont confrontés certains parents.

Plus largement, renforcer la place des parents dans les milieux de vie de l'enfant (modes d'accueil, école) et dans les services (protection maternelle et infantile) permettrait de mieux prendre en compte les besoins des familles modestes ou fragiles.

1.1. *La définition de la parentalité s'appuie sur différentes représentations du rôle des parents*

Il n'existe pas de définition juridique précise de la notion de « parentalité ». La façon dont elle est définie et expliquée dépend très largement de ce que l'on conçoit comme étant le rôle des parents. Son contenu évolue aussi avec la diversification des modèles familiaux, et le fait que l'éducation et le développement de l'enfant ne reposent pas sur ses seuls parents biologiques mais sur son entourage au sens plus large.

Le Conseil de l'Europe⁵⁶ se réfère à la Commission des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (CNUDE) pour définir la parentalité. Il appelle « parentalité positive » tout ce qui soutient les droits de l'enfant énoncés par la CNUDE et contribue à leur réalisation.

La définition de la parentalité selon le Conseil de l'Europe

« La parentalité désigne les ensembles [...] de relations et activités dans lesquelles les parents sont impliqués pour soigner et éduquer les enfants. La parentalité implique [...] un ensemble de réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de jouer leur rôle de parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leurs enfants sur les plans physique, affectif, intellectuel et social ».

Il définit la « parentalité positive » comme « *une parentalité qui [...], non content[e] d'encourager l'autonomie de l'enfant, développe également des compétences et un sentiment de confiance chez les personnes qui exercent le rôle de parents. [Elle recouvre] non seulement les activités des parents biologiques, mais aussi celles des personnes qui ne sont pas les parents de l'enfant mais participent à sa prise en charge et à son éducation ».*

Dans cette définition, la fonction parentale joue un rôle essentiel dans le développement et le bien-être de l'enfant. C'est pourquoi les personnes qui participent à cette fonction parentale – qu'ils soient les parents biologiques ou d'autres proches de l'enfant – doivent être valorisées et soutenues notamment lorsqu'elles rencontrent des difficultés.

⁵⁶ Conseil de l'Europe, *La parentalité positive dans l'Europe contemporaine*, Conférence des ministres européens chargés des affaires familiales, XXVIIIème session, 16 - 17 mai 2006, Lisbonne, Portugal

Or l'ensemble des déterminants sociaux de la santé de l'adulte, joue, en cascade, un rôle rendant l'exercice de la fonction parentale plus ou moins facile. Le Conseil de l'Europe identifie notamment « *les caractéristiques et ressources individuelles des parents, les caractéristiques de l'enfant et les sources contextuelles de stress et de soutien comme les conditions matérielles de vie et la qualité des relations avec les partenaires, la famille et les amis*⁵⁷. Avec le temps, les influences du milieu social dans lequel s'inscrivent les relations parents-enfants, ont été plus largement reconnues, y compris le soutien et le réseau social ainsi que le contexte culturel et sociétal⁵⁸ ».

L'idée que les politiques publiques ont un rôle à jouer dans le soutien à la fonction parentale s'ancre dans ce constat. Les politiques publiques se reconnaissent une responsabilité dans l'aide, l'accompagnement et le soutien à la fonction parentale. Cela ne signifie pas qu'elles puissent ou doivent, sauf cas extrêmes, se substituer aux parents eux-mêmes dans l'éducation et le développement de l'enfant.

Cette question doit être traitée avec une précaution particulière. Tout d'abord, aider les parents dans leurs difficultés d'exercice de leur rôle ne doit pas conduire à définir de façon normative ce qu'est un « bon parent » ou un « mauvais parent ». Ensuite, les acteurs publics ne doivent pas remplacer les parents dans leur rôle auprès de l'enfant, mais leur apporter un soutien. C'est à ces conditions que des dispositifs publics de soutien à la parentalité peuvent être légitimes.

Deux grandes conceptions du rôle des autorités publiques en matière de soutien à la parentalité cohabitent. Dans un cas, il s'agit de valoriser les compétences des parents afin qu'ils puissent effectivement assurer leur rôle. L'autre façon d'envisager la politique publique de parentalité consiste à mettre en avant l'engagement de la responsabilité parentale en cas de « failles éducatives », le cas échéant au sens juridique du terme (contrat de responsabilité parentale⁵⁹), et avec la possibilité de sanctions. Derrière ces deux grandes conceptions coexistent des approches variées, qui mettent l'accent tantôt sur la « crise de la parentalité », tantôt sur l'importance des interactions parents-enfants dans le développement psychoaffectif de l'enfant, tantôt sur les risques qui résulteraient d'une « démission des parents ».

La mission s'est intéressée dans les développements qui suivent aux dispositifs cherchant à valoriser et à soutenir les compétences des parents, c'est-à-dire à la première conception du soutien à la parentalité. Cette approche est plus cohérente avec le cadre de ses travaux. Elle permet de mieux comprendre comment les difficultés liées aux déterminants socioéconomiques et environnementaux peuvent jouer dans l'exercice par les parents de leur rôle.

1.2. *Le rôle parental est un déterminant important du bien-être de l'enfant, sur lequel peuvent jouer les difficultés économiques et sociales des familles*

La fonction parentale est un déterminant majeur du bien-être de l'enfant. L'enfant a besoin, dès son plus jeune âge, d'établir un lien sélectif avec une figure d'attachement stable pour se développer normalement. De nombreux travaux émanant d'un corpus disciplinaire varié confortent ce constat. En revanche, les recherches sur le lien entre les conditions de vie et l'exercice de la fonction parentale demeurent lacunaires.

Trois types de déterminants ont fait l'objet d'études plus poussées⁶⁰ : la structure familiale, la disponibilité des parents, et l'effet de représentations ou d'attitudes discriminatoires de la part d'institutions en relation avec les parents. Chacune de ces dimensions est liée, selon des modalités variables, aux conditions sociales dans lesquelles vivent les individus. Par exemple, plusieurs études montrent une corrélation entre le décès d'un parent au cours de l'enfance et l'état de santé physique ainsi que les trajectoires professionnelles ultérieures. Or les enfants de milieux modestes

⁵⁷ Belsky 1984; Simons and Johnson 1996 cité dans l'ouvrage *ibid*

⁵⁸ Voydanoff et Donnelly 1998; Belsky et Statton 2002, cité dans l'ouvrage *ibid*

⁵⁹ Article L 222-4-1 du code de l'action sociale des familles : Ce contrat est proposé par le Président du Conseil Général, en cas de difficulté liée à une carence de l'autorité parentale.

⁶⁰ L'OCDE adopte ainsi la position de ne pas explorer le « bien être subjectif » soit la qualité de la relation parents-enfants et qui renvoie plus particulièrement aux « *caractéristiques et ressources individuelles des parents* » en avançant que les politiques publiques ne peuvent agir sur ces facteurs.

sont plus souvent confrontés à la perte d'un parent (on compte 7 % d'orphelins de père parmi les enfants d'ouvriers contre 3 % parmi les enfants de cadres)⁶¹. Le fait de vivre dans une famille monoparentale aurait en revanche, toutes choses égales par ailleurs, un impact faible sur le bien-être de l'enfant⁶².

La disponibilité des parents, mesurée par l'OCDE⁶³ et l'UNICEF⁶⁴ comme le temps passé par les parents avec les enfants, augmente avec le niveau de revenu et le niveau d'études des parents. La répartition du temps parental entre le père et la mère, dans un contexte où les configurations familiales évoluent, a également fait l'objet d'études. Les données disponibles montrent que c'est d'abord la mère à laquelle échoient principalement les tâches parentales. Ainsi, près de 97 % des allocataires du congé parental sont des femmes⁶⁵. Le rôle des pères n'a cependant que peu été étudié dans une optique de gradient social.

D'autres études montrent un investissement variable des parents, selon leur catégorie socioprofessionnelle, dans les milieux de vie de leurs enfants, et particulièrement à l'école. La perception que peuvent avoir les enseignants d'une supposée démission des parents de catégories sociales défavorisées, a été infirmée par plusieurs travaux⁶⁶. En revanche, le sentiment de dévalorisation des parents concernés par une telle perception favorise un éloignement plus important du milieu scolaire.

Ces différentes études ne portent que sur quelques déterminants de la fonction parentale. Elles apparaissent toutefois suffisamment cohérentes pour que l'objectif de réduction des inégalités de bien-être des enfants s'intéresse aux conditions d'exercice de la parentalité.

1.3. En l'absence de politique structurée, les conditions d'exercice de la parentalité sont prises en compte de façon diffuse et variable selon les territoires

1.3.1. Les dispositifs, multiples, sont soutenus par les pouvoirs publics sans véritable logique d'ensemble

Il n'existe pas une politique unique de soutien à la parentalité mais différents dispositifs publics. On peut les classer en deux grandes catégories :

- des dispositifs qui relèvent d'une politique spécifique de soutien à la parentalité, relayée par la CNAF dans le cadre de sa convention d'objectifs et de gestion. Parmi ces dispositifs, on peut citer les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP), les contrats locaux d'accompagnement à la scolarité (CLAS) ou encore les dispositifs de médiation familiale. L'ensemble de ces dispositifs spécifiques fait l'objet d'une présentation en annexe ;
- une prise en compte de la place et du rôle à donner aux parents dans les différents milieux de vie des enfants (modes d'accueil, écoles, centres sociaux, structures de santé,...). Dans ce deuxième cas de figure interviennent aussi bien l'Education nationale⁶⁷ que la politique de santé (périnatalité, PMI,...) ou la politique familiale. Différentes enceintes (représentation des parents d'élèves aux conseils d'école, participation aux conseils de

⁶¹ N. Blanpain, « Perdre un parent pendant l'enfance : quels effets sur le parcours scolaire, professionnels, familial et sur la santé à l'âge adulte », *Etudes et résultats* n°668, octobre 2008, DREES

⁶² Résultats d'une méta-analyse réalisée par l'OCDE.

⁶³ OCDE, *Assurer le bien être des enfants*, rapport 2009, www.oecd.org/editions/corrigenda. L'étude présente des données issues de 15 pays développés.

⁶⁴ UNICEF, « Les enfants laissés pour compte, Tableau de classement des inégalités de bien-être entre les enfants des pays riches », *Bilan Innocenti* Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, novembre 2010.

⁶⁵ B. Grésy, *Rapport préparatoire à la concertation avec les partenaires sociaux sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes*, juillet 2009, IGAS.

⁶⁶ Dont un rapport de l'IGAENR et de l'IGEN de 2006 sur *La place et le rôle des parents à l'école*.

⁶⁷ Le Code de l'Education attribue un rôle majeur à la famille et prône le renforcement du dialogue entre enseignants et parents.

crèche⁶⁸) ou méthodes (participation des parents aux bilans de santé à l'école, moment d'accueil lors des contacts réguliers entre parents et enseignants par exemple) permettent d'associer les parents à l'organisation des milieux de vie de l'enfant et aux services qui lui sont délivrés.

L'accompagnement et le soutien à la parentalité s'expriment dans des dispositifs très variés, sans faire l'objet d'une politique structurée, ce qui rend confus et peu visible l'effort public de soutien à la fonction parentale. Il pose par ailleurs plusieurs difficultés.

Tout d'abord, **cette fragmentation ne permet pas d'identifier clairement les grands objectifs de la politique de soutien à la parentalité**. Les dispositifs prennent des formes variées, dès la grossesse et aux différents âges de l'enfant. Ils répondent à des besoins différents des familles qui ne sont pas toujours explicités. Une typologie reste à construire, afin de rattacher chaque dispositif à un ou plusieurs grands objectifs que cette politique pourrait se donner – accompagner les parents dans leur rôle éducatif, valoriser les compétences parentales, favoriser la construction et le maintien des liens enfants-parents... Ils sont également conduits à répondre à des besoins différents, souvent non explicites, émanant des familles.

L'accompagnement de la fonction parentale s'inscrit dans un contexte très changeant qui le fragilise :

- les professionnels soulignent le fait que les ressources dont disposent la PMI et la santé scolaire⁶⁹ pèsent sur le temps qu'ils peuvent consacrer à la fonction parentale. Dans son rapport sur la mission « enseignement scolaire », l'Assemblée nationale insiste sur « *la situation très préoccupante des personnels infirmiers et médecins de l'éducation nationale, dont les métiers sont victimes d'une véritable crise d'attractivité.* » L'évolution du pourcentage de postes pourvus au concours de médecin de l'Éducation nationale (53 % en 2009 contre 92 % en 1999) illustre ce phénomène, déjà relevé depuis près de dix ans⁷⁰. Les rapporteurs parlementaires soulignent également la faiblesse du ratio des personnels de santé scolaire⁷¹ ;
- la conception publique du soutien à la parentalité évolue. L'approche développée dans le cadre de la loi relative à la prévention de la délinquance « *tend à positionner les parents non plus comme acteurs mais comme personnes « sous contraintes » jugées sur leurs capacités à respecter les devoirs parentaux* »⁷². Cette évolution de la conception de la parentalité, dont les effets culpabilisants ont été soulignés par plusieurs interlocuteurs de la mission, confirme les constats déjà faits par la Cour des Comptes⁷³.

En revanche, le transfert de financement et de pilotage des dispositifs spécifiques entre l'État et la CNAF a permis d'en clarifier le portage. Au cours des trois dernières années, le nombre de départements où les CAF assurent le pilotage départemental des dispositifs a augmenté de 75 %. La question de la pérennité des financements demeure toutefois posée : les fonds consacrés par la branche famille sont passés de 48,5 € en 2007 à 57,8 M€ en 2009. Dans le cas des REAAP, la diminution des fonds de l'État (de près de 12 M€ à 6 M€ entre 2008 et 2009) s'est accompagnée d'une augmentation des dépenses de la CNAF et des CAF (de 3,8 M€ à 10 M€).

⁶⁸ Une circulaire du 30 juin 1983 incite les gestionnaires d'établissement d'accueil à faire participer les parents : « *Les gestionnaires peuvent utilement inviter aussi les parents à participer à certaines activités de la crèche, dans des conditions définies par son règlement intérieur [...] L'expression collective des parents doit également être facilitée, afin qu'un dialogue régulier puisse avoir lieu sur la vie de la crèche.* »

⁶⁹ Bernier M. et Gaudron G, *Enseignement scolaire*, Avis présenté au nom de la commission des affaires culturelles et de l'éducation sur le projet de loi de finances pour 2011, N° 2859, Assemblée nationale

⁷⁰ Voir les rapports de l'IGAS « *La prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents* », 2003 et « *Étude sur la protection maternelle et infantile en France* » 2006

⁷¹ « *Au regard des effectifs d'élèves, les personnels apparaissent singulièrement peu nombreux. Au niveau national, au 1er janvier 2010, le taux d'encadrement, pour le premier et le second degré de l'enseignement public, était d'un médecin pour 6 570 élèves et d'une infirmière pour 1 410 élèves* ».

⁷² Naves P. et al. *La réforme de la protection de l'enfance, une politique publique en mouvement*, Dunod, octobre 2007.

⁷³ Cour des comptes, *les politiques de soutien à la parentalité*, rapport public, février 2009

1.3.2. La pertinence d'un ciblage accru des actions fait l'objet de débats

Faciliter l'exercice de la fonction parentale pour réduire les inégalités sociales de santé implique de connaître les attentes des parents ainsi que les bénéficiaires des dispositifs. Or cette connaissance demeure faible, et soulève d'importantes questions éthiques. Le constat que tout parent peut être à un moment ou à un autre confronté à des difficultés, quel que soit son milieu social, justifie que l'ensemble des familles puisse bénéficier de mesures de soutien. Pour autant, des conditions environnementales et sociales rendent l'exercice de la fonction parentale plus difficile : cela peut inciter à intensifier l'action en direction des familles plus modestes.

Cette tension est perceptible dans les pratiques des institutions et des professionnels. Ainsi, l'entretien prénatal précoce, qui s'adresse théoriquement à tout futur parent, est surtout pratiqué en milieu hospitalier ou en PMI, introduisant de fait un biais de sélection en faveur des ménages les plus fragiles⁷⁴. Plus largement, la mission a constaté lors de ses déplacements que la prise en compte des caractéristiques sociales des familles pouvait se faire de deux façons :

- par un effort pour identifier les besoins individuels de la façon la plus fine possible. Des CAF et caisses de MSA repèrent de futurs parents à partir de critères sociaux et familiaux et leur proposent des entretiens personnalisés, pour identifier l'offre d'accueil du jeune enfant la plus adaptée à leur situation ;
- par une approche territoriale des difficultés. Dans des territoires cumulant des difficultés socio-économiques, culturelles, géographiques, ou sanitaires, les équipes et les actions peuvent être intensifiées. Certaines CAF et caisses de la MSA effectuent des requêtes à partir de leurs systèmes d'information pour croiser des données territoriales relatives aux revenus des familles et aux compositions familiales. En Limousin, ces données permettent d'enrichir les diagnostics territoriaux dans le cadre de l'élaboration des schémas de l'enfance. Cette approche est cohérente avec le renforcement des unités territoriales d'action sociale de certains conseils généraux dans les zones géographiques considérées comme les plus fragiles⁷⁵. L'Education Nationale, de façon plus implicite, fait quelquefois de même : des médecins conseillers de recteur ont indiqué à la mission qu'ils répartissaient leurs équipes en tenant compte des difficultés socio-économiques de la population et qu'ils y adaptaient les pratiques (dans les territoires concernés, maintien de bilans systématiques, accompagnement des familles vers les soins si nécessaire etc.).

Les débats sur le ciblage des dispositifs expliquent en partie que les bénéficiaires d'accompagnement et de soutien à la fonction parentale soient mal connus. De plus, la variété des actions relevant du soutien à la parentalité complique l'approche statistique. Faut-il dénombrer les parents dès lors qu'une école fait des efforts particuliers pour leur donner une place et un rôle, leur permettant de bénéficier d'espaces individuels et collectifs de rencontre, et de participer aux activités pédagogiques ? Même les données sur les bénéficiaires des dispositifs spécifiques sont rares, et lorsqu'elles existent, elles ne distinguent pas les catégories socioprofessionnelles des familles concernées. En l'état des données, il n'est pas possible de connaître avec précision les réponses apportées, encore moins les besoins ou les attentes des familles.

⁷⁴ Cette proportion varie toutefois selon les territoires concernés.

⁷⁵ Les unités territoriales d'action sociale (UTAS) peuvent regrouper les différents services sociaux des conseils généraux, dont les équipes de PMI.

1.3.3. Les organisations territoriales sont très variables et dépendent des dynamiques locales

Le pilotage des dispositifs de parentalité est organisé au niveau départemental autour d'un « noyau dur » constitué par la CAF, la MSA et le conseil général. La création en 2010 de comités départementaux de soutien à la parentalité est encore trop récente pour pouvoir apprécier leur impact sur la coordination des actions. Par ailleurs, les questions de participation des parents aux milieux de vie de l'enfant n'en font pas partie.

Dans les territoires où s'est déplacée la mission, la cohérence des actions mises en œuvre dépend très largement des initiatives locales. Des partenariats souvent informels se constituent, liés le plus souvent à des dynamiques territoriales. Ils permettent de créer des passerelles – notamment entre les écoles, les associations, les professionnels de la petite enfance... – et d'adopter des messages cohérents. Mais ces coopérations n'impliquent en général qu'une partie des acteurs. En Limousin, un inter-secteur de pédopsychiatrie s'appuie sur les techniciennes de l'intervention sociale et familiale (TISF) pour faciliter la fonction parentale. Dans le Nord-Pas-de-Calais, dans le cadre du programme régional de santé, une université, des services de PMI, des associations de femmes-relais et des maternités hospitalières se sont associées pour accompagner la fonction parentale. Cette articulation est plus rare entre des acteurs d'horizons professionnels et institutionnels différents (soutien d'une part, prise en compte du rôle des parents d'autre part), y compris lorsqu'ils sont en contact avec les mêmes enfants et les mêmes familles : elle dépend alors plus largement de la volonté des acteurs locaux, et notamment des élus.

Les entretiens réalisés par la mission ont mis en évidence deux manques dans l'organisation territoriale des dispositifs :

- **le peu d'espaces pour analyser les pratiques, organiser des formations ou permettre des échanges.** La très grande variété des référentiels utilisés témoigne de la faiblesse de cette mise en commun. Le débat actuel sur le soutien à la parentalité – doit-elle faire l'objet d'un métier spécifique ou d'un renforcement de compétence de l'ensemble des acteurs en contact avec les enfants et les parents ? – outrepassé le mandat de la mission. En revanche, le constat peut être fait que les formations abordent peu les difficultés de l'exercice parental liées aux conditions environnementales de la famille ;
- **la difficulté d'intégrer la question de la parentalité dans les différentes politiques en contact avec les familles.** « Co-construction », « co-éducation », « co-gestion », notion de « parents partenaires » sont des termes de plus en plus employés lorsque la place des parents est intégrée dans des politiques variées. Des chartes qualité sont parfois élaborées à destination de l'ensemble des professionnels et bénévoles en contact avec les familles. Leur application se limite en général à quelques dispositifs, comme les modes d'accueil du jeune enfant. Certaines municipalités comme Strasbourg ou Montreuil ont organisé une concertation avec l'ensemble des parties prenantes. Elle a permis de définir quelques outils communs : prévoir des temps de rencontre avec les parents dans les différentes institutions, nommer un référent individuel systématique pour l'enfant et présupposent l'aménagement de locaux adaptés, notamment scolaires.

1.4. *Comment faire pour intégrer la préoccupation des inégalités sociales de santé dans le soutien à la fonction parentale ?*

Utiliser la parentalité pour réduire les inégalités sociales de santé dans l'enfance peut se faire de deux façons. D'abord, en s'assurant que les techniques et les moyens mis en œuvre prennent bien en compte l'influence des questions économiques, environnementales, culturelles ou éducatives, sur le lien parents-enfants. Ensuite, en structurant davantage les dispositifs de parentalité, pour en améliorer la qualité et éviter que celle-ci ne varie trop fortement d'un territoire à l'autre.

1.4.1. S'inspirer des références internationales pour mieux intégrer le contexte socio-économique dans le soutien à la parentalité

Plusieurs organismes internationaux – l'Union européenne via son programme Eurydice⁷⁶, le Conseil de l'Europe, l'OCDE – ainsi que des programmes d'intervention américains ou canadiens ont fait émerger au cours des dernières années des cadres de référence pour le soutien à la fonction parentale. Ces cadres ne sont pas toujours explicitement liés à un objectif de réduction des inégalités de santé dans l'enfance. En revanche, ils fournissent des principes pour l'action sur la parentalité et ses conditions d'exercice. Ils sont présentés dans l'encadré ci-dessous.

Encadré : cadre de référence international pour le soutien de la parentalité

- **agir le plus tôt possible, dès l'annonce de la grossesse.** Faire bénéficier l'enfant d'une figure d'attachement dès les premiers jours de sa vie est une condition au développement d'interactions cognitives, affectives et de stimulations ;
- **développer des efforts conjoints en direction des enfants et des parents** en évitant de les disjoindre dans le temps et dans l'espace ;
- **maintenir les efforts dans la durée** : l'évaluation des programmes d'intervention précoce insiste sur le fait que les programmes les plus efficaces sont ceux menés depuis la grossesse et pour le moins jusqu'à l'enfance (soit une dizaine d'années) ;
- **intégrer la fonction parentale dans les différents milieux de vie de l'enfant**, sans se contenter de réunions d'information ou de conseils aux parents. L'OCDE préconise une approche « ascendante » des politiques en direction du jeune enfant. Elle cite des exemples tels que la possibilité pour les parents de parler de leur expérience dans le milieu de vie de l'enfant, d'avoir des activités autour de la lecture... Elle propose de permettre aux conseils de parents de participer aux décisions concernant les activités pédagogiques, d'impliquer les parents dans les activités éducatives et d'instaurer des échanges quotidiens centrés sur l'enfant. Cette approche est d'autant plus importante que les parents sont issus de catégories socioprofessionnelles défavorisées. Le conseil de l'Europe recommande également de s'appuyer sur « *l'expérience des groupes minoritaires et ethniques* » ;
- **concevoir des mesures et prestations « en cascade »** c'est-à-dire s'adressant à l'ensemble des parents, mais intensifiées selon les besoins spécifiques des familles. L'OCDE va jusqu'à envisager de rééquilibrer les efforts en fonction d'un gradient social. Elle propose par exemple de diminuer le nombre de visites prénatales, qu'elle considère comme un outil majeur de soutien à la fonction parentale, en direction des femmes de milieux favorisés, afin de pouvoir les multiplier en faveur de femmes de milieu plus modeste. Ce constat rejoint les conclusions d'études américaines qui ont évalué des programmes de soutien à la parentalité et soulignent leur efficacité différentielle selon le milieu social ;
- **avoir un ancrage local** : une meilleure prise en compte de la parentalité dans les différentes politiques ne peut se faire de façon efficace qu'à un niveau de proximité ;
- enfin, le Conseil de l'Europe insiste sur **l'importance « de non jugement et de non stigmatisation »** plus particulièrement dans les milieux de vie de l'enfant.

⁷⁶ Agence exécutive Éducation, Audiovisuel et Culture, Réduire les inégalités sociales et culturelles par l'éducation et l'accueil des jeunes enfants en Europe 2009, programme Eurydice pour l'Union Européenne.

1.4.2. Développer des « services en cascade »

Moduler le soutien à la parentalité en fonction des besoins des familles peut concilier trois entrées :

- **une entrée par les besoins des personnes** : l'objectif est d'agir le plus tôt possible, en proposant dès la grossesse un soutien renforcé aux familles les plus fragiles. L'offre de service pendant la grossesse et au moment de la naissance comprend deux outils majeurs : les visites à domicile de la PMI (pendant et après la grossesse) et l'entretien prénatal précoce. Ces services devraient être proposés à tous les parents⁷⁷, et des efforts plus soutenus déployés en direction des familles en difficultés. Ce ciblage pourrait être conçu de deux façons :
 - en repérant dès la déclaration de grossesse, à partir d'un certain nombre de critères (les mères jeunes, les premiers enfants...), les familles pour lesquelles une information personnalisée serait particulièrement bénéfique ;
 - en renforçant l'offre de services dans les territoires identifiés comme plus fragiles. Cette préconisation pose la question des ressources de la PMI pour assurer les visites à domicile auprès des familles qui le requièrent. Pour sa part, l'offre d'entretien prénatal précoce devrait être renforcée, en plus de l'hôpital, dans le cadre de l'offre de soins de premier recours, qu'utilisent majoritairement les populations les plus modestes⁷⁸.
- **une entrée par les besoins des territoires**, en intensifiant les actions sur des territoires confrontés à un cumul de difficultés. Le principe est de poser un diagnostic sur la situation économique, sanitaire et sociale d'un territoire – notamment sur les inégalités de santé des enfants si elles sont connues. Ce diagnostic devrait intégrer, dans la mesure du possible, l'appréciation que portent les professionnels et les associatifs de tous horizons sur les difficultés de parentalité auxquelles sont confrontées les familles. Une cartographie des dispositifs mis en place devrait également être réalisée – elle n'est pas systématique à l'heure actuelle. En fonction de ces deux éléments de diagnostic, les interventions contribuant à l'accompagnement parental pourraient être renforcés.

Une telle proposition peut susciter des réserves d'ordre éthique tout à fait légitimes. Elle doit correspondre à une demande des familles, d'où l'importance d'associer les familles autant que possible au processus, de l'étude des besoins à la conception d'actions. Cette logique d'action ne peut se concevoir que dans un espace de proximité. C'est dans cet espace que pourraient se monter des formations entre acteurs d'horizons différents, des débats et des événements autour de la parentalité, la circulation d'informations de proximité sur les ressources existantes... L'insertion systématique dans le tissu local en facilitant les interventions dans des lieux comme l'école, les lieux culturels comme les bibliothèques, les PMI, les accueils de loisirs, permettrait aussi d'impliquer davantage les acteurs de la société civile.

⁷⁷ Selon l'enquête de l'UNAF, l'EPP a été proposé à moins de 30 % des femmes enceintes alors que toute femme, théoriquement, devrait se voir proposer cette prestation.

⁷⁸ Cf. annexe n°5.

- **une entrée par les lieux de vie** : renforcer le rôle des parents dans les structures en relation avec les familles. Valoriser plus spécifiquement le rôle des parents dans les structures en relation avec des familles en difficultés permettrait de lutter contre la stigmatisation que ces familles peuvent ressentir dans leurs liens avec les institutions. Les préconisations de la mission sur ce sujet s'appuient largement sur les expériences observées lors de ses déplacements. Elles doivent être adaptées en fonction des contextes locaux et des difficultés rencontrées par les familles. Trois pistes pourraient être notamment explorées :
 - **Développer des projets d'école innovants**, offrant une ouverture plus grande aux parents. Un label « école, amie des parents » pour les établissements s'engageant à respecter une charte qualité, dont l'une des dimensions est celle d'une meilleure prise en compte du rôle des parents, pourrait être conçu ;
 - **renforcer la relation avec les parents dans les établissements d'accueil du jeune enfant où des difficultés spécifiques chez les familles sont identifiées**. La mise en place de temps d'entretien spécifiques avec les parents, une participation accrue des familles aux activités de la structure, pourraient par exemple y participer ;
 - **faire des bilans de la quatrième et de la sixième année**⁷⁹, **un temps privilégié d'accueil et d'écoute des familles**, dans la même optique que l'entretien prénatal précoce ;

Le renforcement des mesures dans certains territoires ne doit pas faire perdre de vue le fait que tout parent peut avoir besoin, à un moment donné, d'être soutenu dans sa fonction parentale. Réorienter les efforts suppose d'être en mesure de repérer les difficultés individuelles quel que soit le milieu social et le territoire. Un travail en réseau avec les autres professionnels en contact avec les familles faciliterait ce repérage. Il doit s'effectuer dans un cadre déontologique rigoureux.

1.4.3. Mieux connaître les liens entre parentalité et santé

Comprendre les liens entre parentalité et bien-être des enfants permet ensuite de mieux l'aborder sous l'angle du gradient social. Or la plupart des travaux émanent de pays étrangers, où les politiques publiques et le contexte social et culturel ne sont pas les mêmes. Les résultats de la cohorte ELFE, dont l'un des axes de travail concerne les liens affectifs et sociaux de l'enfant, pourraient fournir des éléments intéressants.

L'intervention conjointe de chercheurs et d'acteurs de terrain devrait être développée : elle facilite le transfert de connaissances⁸⁰ ainsi que les échanges d'expériences et de pratiques.

1.4.4. Améliorer la qualité des actions de soutien à la parentalité

La parentalité est une question transversale, qui touche des milieux de vie ayant eux-mêmes un impact sur les inégalités sociales de santé : c'est le cas de l'école, ou encore des modes d'accueil du jeune enfant. Des interventions efficaces et de qualité de soutien à la parentalité peuvent donc jouer sur l'impact des mesures mises en œuvre dans d'autres domaines.

L'apport d'ingénierie sociale est un élément indispensable à la pérennité et à l'efficacité des structures associatives : elle doit permettre d'améliorer le diagnostic éducatif et social, de faciliter le montage de projets, de proposer des référentiels pour l'action, d'accompagner les procédures d'évaluation,... Une facilitation des procédures d'allocation de ressources, passant notamment par le développement de guichets uniques, permettrait également de réduire le temps administratif consacré par les associations à la réponse aux appels à projets.

⁷⁹ Cf. annexe n°4.

⁸⁰ Comme le montrent les travaux effectués par l'ONED, l'INJEP, la Fédération des centres sociaux et socio-culturels de France (FCSF)...

Disposer de référentiels solides sur lesquels l'ensemble des acteurs pourrait s'appuyer est une autre question importante. Une première étape consisterait à faire le point sur les différents cadres de référence disponibles au niveau national. Même s'il est important que les spécificités des différents contextes institutionnels et professionnels soient prises en compte, elles gagneraient à s'appuyer sur un socle commun.

Au niveau local, il s'agit de s'accorder sur les termes et sur les enjeux, d'assurer la cohérence des messages et l'évolution des attitudes professionnelles. Des chartes qualité communes à l'ensemble des professionnels et bénévoles d'un même territoire pourraient reprendre les principes de base. Une meilleure prise en compte, dans la formation des professionnels en relation avec les familles, des conditions environnementales de l'exercice parental, au niveau national et au niveau local, est également nécessaire⁸¹, qui pourrait s'organiser dans des réseaux de proximité en développant les échanges et l'analyse de pratiques.

2. L'ECOLE

Encadré : quelle place pour la réduction des inégalités sociales de santé dans le milieu scolaire ?

L'école a un impact sur la santé des enfants de deux points de vue. D'abord parce que le projet éducatif et l'organisation du milieu scolaire jouent sur la santé : la réussite scolaire, l'organisation des rythmes scolaires, les repas sont autant de déterminants de la santé des enfants. Ensuite, parce que l'école a une mission spécifique de médecine préventive et de promotion de la santé, mise en œuvre à la fois par le service de santé scolaire et par le corps enseignant.

Même dans un contexte où l'école est chargée de mettre en œuvre de nombreux autres objectifs, mieux prendre en compte les inégalités sociales de santé et leurs déterminants est faisable. Mieux cibler les moyens de la santé scolaire et inscrire un objectif de santé dans les projets académiques peut notamment y contribuer.

2.1. La double approche de la santé par l'école

2.1.1. Le projet éducatif porté par l'école et son organisation ont un impact sur la santé

La santé a avec la réussite scolaire et le développement des enfants une relation de cause et de conséquence. Une mauvaise santé précipite l'échec scolaire⁸². Et un développement des qualités personnelles et de la socialisation par l'école ne peut qu'être favorable à une bonne santé de l'enfant⁸³.

L'école a d'abord, à l'égard des élèves qu'elle accueille, une mission d'enseignement et de formation. Elle a aussi la mission « *de veiller à leur bien-être, de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective* »⁸⁴. Si la santé est un « *état de complet bien-être physique, psychique et social* », alors l'exercice par l'école de la totalité de ses missions a un effet sur elle. Ainsi, le projet éducatif porté par l'école et ses modalités de mise en œuvre ont un impact sur la santé selon trois types de voies.

2.1.1.1. La réussite scolaire et éducative est un déterminant structurel de la santé

⁸¹ Voir Durning P, *quelle formation pour les travailleurs sociaux*, Lien social, n°541, août 2000. Il préconise une quadruple formation pour les travailleurs sociaux : clinique, technique, théorique et éthique.

⁸² Selon les travaux de T. Neville Postlethwaite rédigés en 2005 à la demande de l'Unesco, cités par l'INPES dans son ouvrage « *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire* », sous la direction de Martine Bantuelle et René Demeulemeester, la mauvaise santé des élèves est le facteur d'échec scolaire le plus important, avant les facteurs sociaux, culturels ou individuels.

⁸³ Cf les travaux cités par l'ouvrage de l'INPES « *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire* » : étude Sylva K. (1994) et Keating D.P., Herzman C. (1999).

⁸⁴ Circulaire en date du 12 janvier 2001.

Les situations d'échec scolaires ont des répercussions sur l'avenir social des enfants et leur équilibre personnel. Elles sont très corrélées aux origines sociales des enfants (18 % des élèves issus d'un milieu social défavorisé obtiennent un baccalauréat général contre 78 % pour des élèves de familles favorisées⁸⁵). On peut penser que pour être efficace, il faut intervenir le plus tôt possible, en amont du décrochage ou de l'échec scolaire, dès l'école primaire.

Selon les derniers résultats de l'enquête PISA portant sur la moyenne des performances, la France est dans une position médiane par rapport aux pays de l'OCDE. Tout progrès obtenus sur les performances globales des élèves, et plus particulièrement celles des enfants issus de milieux défavorisés, aura un effet positif sur la réduction des inégalités sociales de santé, à court et à long terme. Le projet éducatif porté par l'Education nationale, usant de plusieurs leviers (organisation et contenu pédagogique des enseignements, soutien scolaire, règles disciplinaires, gestion du parcours scolaire...), a l'ambition d'améliorer les performances des élèves et a de ce fait des effets sur la santé.

La mission a toutefois considéré qu'il ne lui appartenait pas de se prononcer sur les conditions de mise en œuvre par l'Education nationale de l'objectif de réussite éducative, qui aurait justifié des investigations spécifiques.

2.1.1.2. L'organisation du temps et de la vie scolaire est un déterminant de court, moyen et long terme des inégalités sociales de santé

L'école est un milieu de vie qui influe sur la santé des enfants. Deux grands types d'illustrations peuvent en être donnés :

- **les rythmes scolaires :**

Le ministre chargé de l'Education définit, par voie d'arrêté, les « règles applicables à l'organisation du temps scolaire »⁸⁶. Toutefois, le recteur, l'inspecteur d'académie, et même l'établissement peuvent y déroger, sous certaines conditions⁸⁷.

Selon l'académie de médecine⁸⁸, des rythmes scolaires inadaptés pénalisent davantage les enfants qui rencontrent déjà des difficultés d'apprentissage. Or, les taux de redoublement au cours préparatoire sont plus importants pour les enfants de catégories sociales défavorisées. On peut en inférer qu'ils rencontrent davantage de difficultés d'apprentissage dès les premières années de scolarisation⁸⁹. Des horaires trop lourds (incluant par exemple les heures de soutien scolaire supplémentaire), en nuisant au sommeil de l'enfant, contribuent à augmenter les inégalités sociales à l'école, et, à terme, les inégalités sociales de santé.

⁸⁵ Cour des comptes, *L'Education nationale face à l'objectif de la réussite de tous les élèves*, Rapport public thématique, mai 2010.

⁸⁶ Décret n°90-788 portant organisation et fonctionnement des écoles maternelles et élémentaires.

⁸⁷ « sous réserve que les aménagements prévus ne modifient pas le nombre de périodes de travail et de vacance des classes, l'équilibre de leur alternance ou de réduire la durée effective totale des périodes de travail ; de réduire ou d'augmenter sur une année scolaire le nombre d'heures d'enseignement ainsi que leur répartition par groupes de disciplines ; d'organiser des journées scolaires dont les horaires d'enseignement dépassent six heures et des semaines scolaires dont les horaires dépassent vingt-sept heures ; de porter la durée de la semaine scolaire à plus de cinq jours ». Décret n°90-788 portant organisation et fonctionnement des écoles maternelles et élémentaires.

⁸⁸ Académie de médecine, janvier 2010

⁸⁹ L'indicateur n'est toutefois pas parfait, car il semblerait que les parents de catégories sociales supérieures refusent plus fréquemment le redoublement de leur enfant.

- les repas scolaires

L'accès à la cantine est un levier d'action pour lutter contre l'obésité infantile, discriminée socialement⁹⁰, en promouvant l'éducation nutritionnelle et en donnant accès à des repas équilibrés. L'organisation de la restauration scolaire à l'école primaire relève de la compétence des communes. Deux leviers rendent son impact non négligeable sur la santé des enfants : la qualité des aliments et l'équilibre du repas d'une part⁹¹, et les critères d'accès à la cantine scolaire d'autre part. Selon une étude réalisée par l'INCA, 49 % des 3-10 ans prennent au moins trois de leurs déjeuners hebdomadaires à la cantine.

Or la fréquentation des cantines scolaires augmente avec le niveau d'éducation des parents et leur statut d'emploi⁹². En maternelle et en primaire, elle est plus courante dans les familles monoparentales ou dont la mère travaille. En cas de manque de places dans une cantine, les critères de priorité peuvent conduire à privilégier les ménages biactifs. Des enfants ne bénéficiant pas de repas équilibrés chez eux⁹³ risquent de se voir refuser l'accès à la cantine, alors même qu'ils en retireraient un bénéfice pour leur santé.

Le deuxième problème est celui de l'accès financier. Cependant, des aides peuvent être apportées aux familles⁹⁴. Certaines communes adoptent une grille tarifaire différenciée suivant la composition familiale et les revenus des ménages. Si des études existent sur les profils des enfants fréquentant la restauration scolaire, il est en revanche difficile de cartographier les critères d'accès et grilles tarifaires élaborés par l'ensemble des communes.

2.1.1.3. La préscolarisation à deux ans peut constituer une opportunité pour développer l'éveil d'enfants issus de milieux défavorisés

A partir de l'âge de trois ans, l'école a l'obligation d'accueillir tout enfant dont les parents en font la demande. Plus de 98 % des enfants de plus de trois ans sont scolarisés, même si la scolarité n'est obligatoire qu'à partir de 6 ans. Lorsque l'enfant n'a pas encore atteint l'âge de trois ans, l'accueil se fait « en priorité » dans les zones défavorisées⁹⁵. Ce taux de préscolarisation à deux ans a été divisé par deux depuis les années 1980 (30 % d'une classe d'âge contre 15,2 % à la rentrée 2009).

Des études du ministère de l'Education nationale⁹⁶ montrent une légère corrélation entre la préscolarisation à deux ans et une réussite scolaire supérieure à la moyenne. En outre, la scolarisation précoce, gratuite, offre une alternative à des modes d'accueil payants et soumis à une contrainte forte d'accès.

Cependant, les effets de la préscolarisation sur la réussite scolaire des enfants issus de milieux défavorisés sont difficiles à apprécier. La préscolarisation précoce serait particulièrement bénéfique aux enfants des catégories sociales défavorisées, notamment lorsque les parents sont

⁹⁰ Etude DREES 2010 sur PNNS.

⁹¹ Le cadre juridique national porte principalement sur les règles d'hygiène et de sécurité alimentaire. La circulaire n°2001-118 du 25 juin 2001 portant sur la composition des repas servis en restauration scolaire et la sécurité des aliments a toutefois encouragé à porter une attention particulière à la composition des repas.

⁹² Etude INCA2 sur la période 2006-2007, Anses

⁹³ Les études de l'ANSES INCA 1 et 2 soulignent que les repas de la restauration scolaire sont en moyenne plus équilibrés que les repas à domicile.

⁹⁴ En cas de difficultés des ménages, les CAF peuvent verser une Prestation accueil restauration scolaire (PARS). Dans les DOM, celle-ci est en partie financée par un abondement du budget de l'Etat. Dans certains cas, un accompagnement social dans les démarches administratives est en outre nécessaire.

⁹⁵ Le Code de l'éducation dispose (art L113-1) : « Les classes enfantines ou les écoles maternelles sont ouvertes, en milieu rural comme en milieu urbain, aux enfants qui n'ont pas atteint l'âge de la scolarité obligatoire. Tout enfant doit pouvoir être accueilli, à l'âge de trois ans, dans une école maternelle ou une classe enfantine le plus près possible de son domicile, si sa famille en fait la demande. L'accueil des enfants de deux ans est étendu en priorité dans les écoles situées dans un environnement social défavorisé, que ce soit dans les zones urbaines, rurales ou de montagne et dans les régions d'outre-mer ».

⁹⁶ « Faut-il développer la scolarisation à deux ans ? », *Education et formations*, n°66, juillet-décembre 2003

immigrés⁹⁷. Ainsi, le taux d'accès en CE2 sans redoublement s'améliore de cinq points pour les enfants de parents ouvriers, employés ou inactifs, alors qu'il est inexistant pour les autres catégories sociales (à l'exception des enfants de cadres)⁹⁸. Au total, l'impact potentiel de la préscolarisation précoce sur les inégalités sociales de santé, s'il n'est pas décisif, pourrait être non négligeable, tant au regard du suivi et de l'accompagnement sanitaire et social des enfants préscolarisés qu'au regard de leur réussite scolaire.

Dès lors, cette question mériterait de faire l'objet d'un débat prenant en compte deux sujets complémentaires : d'une part, la pertinence d'une structure orientée vers la scolarisation et non l'éveil, pour des enfants de deux ans parfois encore peu autonomes ; d'autre part, le coût pour le budget de l'Etat, au regard des bénéfices attendus en termes de réussite scolaire (en prenant en compte le différentiel de coût entre les modes d'accueil collectif du jeune enfant et la préscolarisation).

2.1.1.4. La prise en compte du rôle des parents à l'école contribue à renforcer le lien parents-enfants, déterminant majeur du bien être de l'enfant

Le ministère de l'éducation nationale attribue un rôle aux parents selon différentes modalités. Mais cette possibilité est plus ou moins investie selon la catégorie socioprofessionnelle des parents. Le risque de rupture entre parents et école entretient sentiment de dévalorisation, moindre investissement des parents et des enfants dans la réussite scolaire, contribuant ainsi à influencer les inégalités sociales de santé.

Les enseignants rencontrés sont conscients de cet aspect mais mettent en avant le manque de formation, la surcharge d'activités ou la non-adaptation des locaux scolaires.

2.1.2. L'école a une mission de médecine préventive et de promotion de la santé en faveur des élèves

L'école a une mission spécifique portant sur la santé conçue comme une absence de maladie et sur l'accueil des enfants présentant un handicap. Pour exercer cette mission, elle dispose d'un service de santé scolaire. Tous les personnels de l'école, et particulièrement les enseignants, participent cependant à la mise en œuvre de cette mission spécifique de santé. Ainsi, l'objectif 2 du programme « vie scolaire » du projet de loi de finances est intitulé « promouvoir la santé des élèves ». Il rappelle que *« dans ce domaine, l'école n'est pas seule à agir mais elle est la seule institution qui connaît et touche chaque génération dans sa quasi-totalité. C'est pourquoi son rôle est particulièrement important en la matière. L'objectif est de contribuer à mettre en place les conditions d'une bonne entrée dans la scolarité et à développer une éducation aux comportements responsables tout au long de la scolarité »*.

2.1.2.1. Une médecine préventive accaparée par la pratique des examens systématiques

La santé scolaire pourrait être qualifiée de médecine du travail si l'école était assimilée pour les enfants à un milieu d'activité professionnelle. En effet, le service de santé scolaire, avec ses médecins et infirmières, a pour mission de veiller à la sécurité sanitaire du milieu lui-même (hygiène et ergonomie des locaux, sécurité alimentaire,...), de dépister les troubles morbides et orienter les enfants vers une prise en charge adaptée, d'observer et identifier les besoins de santé des enfants à travers l'exploitation statistique des bilans de santé réalisés, d'apporter les premiers soins en cas d'urgence et enfin d'accompagner la prise en charge des handicaps.

⁹⁷ Source : « Scolarisation à deux ans et réussite de la carrière scolaire au début de l'école élémentaire », in Education & Formations n° 60, juillet-septembre 2001, ministère de l'éducation nationale. Les données utilisées par l'étude sont celles d'une cohorte d'enfants nés en 1991, et entrés en 1997 en cours préparatoire.

⁹⁸ La préscolarisation à deux ans en ZEP ne paraît avoir aucun effet sur la carrière scolaire, alors qu'elle améliore la réussite éducative légèrement hors ZEP, toutes catégories sociales confondues.

L'aspect le plus connu de l'activité des médecins de santé scolaire est la réalisation de bilans de santé, obligatoires au moment de l'entrée à l'école élémentaire et du passage dans le cycle secondaire. A ces examens systématiques s'ajoute le bilan d'orientation scolaire ou professionnelle réalisé plus tard dans le cursus de l'élève. L'exercice de ces bilans, compte tenu de leur caractère systématique et des faibles effectifs des médecins de santé scolaire⁹⁹, laisse peu de place à la réalisation d'autres activités par les médecins de santé scolaire. En particulier, les interventions de médecins de l'Education nationale¹⁰⁰ ayant pour objectifs « *d'une part, d'améliorer la compréhension des difficultés et des besoins des élèves et, d'autre part, d'apporter des aides spécifiques ou de dispenser un enseignement adapté* », sont réalisées, aux dires des médecins rencontrés par la mission, de manière marginale. Par ailleurs, des interrogations existent sur l'efficacité de ces bilans systématiques, et sur l'intérêt de les cibler davantage¹⁰¹. Surtout, les médecins de santé scolaire n'ont pas la possibilité de suivre les conséquences de leurs dépistages effectués dans le cadre de ces bilans systématiques.

2.1.2.2. L'école, un milieu propice au développement de l'éducation à la santé

Adopter des comportements protecteurs par rapport à la santé passe d'abord par la connaissance des risques courus. Puisque l'école est un lieu avant toute chose d'acquisition des connaissances, il est légitime qu'elle s'empare des questions de santé et apporte aux enfants les éléments d'information et de compréhension qui leur seront utiles pour éviter ou limiter les risques de maladie ou de handicap au cours de leur vie. Aussi, la santé est incluse dans « *le socle commun de connaissances et de compétences* », qui prévoit que l'élève doit être « *éduqué à la santé* ». La mission n'a toutefois pas pu apprécier dans les délais qui lui étaient impartis la mise en œuvre effective de cet objectif.

La santé scolaire participe à l'organisation et à la conduite de telles actions d'éducation à la santé. Les enseignants et des intervenants extérieurs y sont également associés. Dans chaque collège est théoriquement mis en place un CESC (comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté) chargé de développer des actions d'éducation pour la santé. Chaque école élémentaire est rattachée à un CESC et peut bénéficier des actions qui sont menées. Cependant, une expertise réalisée par l'INSERM a mis en évidence le fait que la couverture des CESC, y compris en secteur sensible, demeure imparfaite¹⁰².

Dans un territoire où s'est déplacé la mission, elle a pu constater que l'éducation à la santé fait partie des thèmes de formation des enseignants. Un réseau des IUFM, animé par l'IUFM d'Auvergne, développe par ailleurs une approche visant à intégrer les problématiques d'éducation pour la santé dans l'exercice ordinaire des tâches d'enseignement. La mission a pu voir en Languedoc-Roussillon, un travail de coopération étroite entre le rectorat et une association de prévention afin de conduire des actions de prévention¹⁰³ et développer la formation des personnels enseignants sur ces sujets. Elle n'a toutefois pas été en mesure d'apprécier si ce type de coopération revêtait un caractère exceptionnel.

⁹⁹ Le rapport présenté à l'assemblée nationale par messieurs les députés Marc Bernier et Gérard Gaudron, sur l'enseignement scolaire, au nom de la commission des affaires culturelles et de l'éducation sur le projet de loi de finances pour 2011, relève qu'« *au regard des effectifs d'élèves, ces personnels apparaissent singulièrement peu nombreux* ».

¹⁰⁰ le décret n°2005-1014 du 24 août 2005 a donné une nouvelle mission aux médecins scolaires : « *Les écoles recourent aux interventions de psychologues scolaires, de médecins de l'Éducation nationale, d'enseignants spécialisés et d'enseignants ayant reçu une formation complémentaire. Ces interventions ont pour finalités, d'une part, d'améliorer la compréhension des difficultés et des besoins des élèves et, d'autre part, d'apporter des aides spécifiques ou de dispenser un enseignement adapté, en complément des aménagements pédagogiques mis en place par les maîtres dans leur classe. Elles contribuent en particulier à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes personnalisés de réussite éducative.* »

¹⁰¹ Cf rapport IGAS n° 2003-024 sur « *la prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents* ». Claire Trouvé, Patricia Vienne, Bernard Marrot.

¹⁰² INSERM, *Santé des enfants et des adolescents, propositions pour la préserver*, Expertise opérationnelle, mars 2009

¹⁰³ Association *Epidaure* lié au centre régional anticancéreux de Montpellier.

- 2.1.2.3. La santé dépend en partie des compétences acquises par chaque enfant pour conduire son existence. L'école y contribue.

La formule est répétée à satiété : les premiers éducateurs sont les parents. **Mais l'organisation de la vie scolaire joue aussi un rôle dans la construction de la personnalité de l'enfant.** Il ne s'agit pas ici d'analyser les mécanismes par lesquels l'ensemble des relations nouées avec l'enfant, dans le cadre de son enseignement, peut conditionner le développement de son affectivité et de ses capacités intellectuelles. Plus spécifiquement, l'école affiche l'objectif de mettre en œuvre des actions dont l'objectif est de favoriser l'estime de soi, la maîtrise de son affectivité, le respect des autres et de leurs différences. De tels objectifs relevant de la promotion de la santé figurent dans les axes 6 et 7 du « *socle commun des connaissances et des compétences* » qui, sous la forme d'un décret en date du 11 juillet 2006, fixe les acquis à viser pour chaque enfant au terme de sa scolarisation obligatoire. La mission n'a toutefois pas été en mesure d'apprécier la mise en œuvre du socle commun qui, selon plusieurs interlocuteurs, est très partielle et difficile.

Plus largement, la notion de « bien-être à l'école » constitue un projet intégrant les missions de prévention et de promotion de la santé. L'OMS a incité dans les années 1990 au développement d'« *écoles promotrices de santé* ». De telles écoles ont pour projet d'agir sur les différents facteurs susceptibles d'influer sur la santé des enfants. En 1995, l'OMS a publié des recommandations permettant d'obtenir un « *label* » d'« *école promotrice de santé* ». Un réseau européen de telles écoles s'est constitué. La France n'a pas adhéré à ce mouvement, mais le ministère de l'Education Nationale envisage de lancer un appel à projets intitulé « *bien-être à l'école* » qui s'inspire de ces idées portées par l'OMS. De telles opérations pourraient servir un objectif de réduction des inégalités sociales de santé.

2.1.3. Nombreux sont les objectifs que l'école a à prendre en compte, concurrents de tout autre portant sur la santé

En général, réduire les inégalités sociales de santé n'est pas un objectif pris en compte. Bien d'autres préoccupations passent avant. Le sujet des rythmes scolaires est à cet égard emblématique. Les questions qu'il soulève surtout portent sur des enjeux touristiques, l'organisation au sein des familles recomposées, l'organisation du temps de travail des personnels, etc. De même, en matière de préscolarisation à deux ans, l'efficacité de ce dispositif a largement été examinée sous l'angle de son coût du dispositif rapporté à son efficacité en termes de réussite scolaire, sans que le calcul d'efficacité prenne en compte l'impact sur la santé des enfants. Les notes du ministère de l'Education nationale¹⁰⁴ corroborent sur ce point le ressenti exprimé par les personnes rencontrées¹⁰⁵. Enfin, en matière de restauration scolaire, si le PNNS2 se donne comme objectif, entre autres, de lutter contre les inégalités sociales concernant la nutrition, en particulier l'obésité, le rapport d'évaluation publié en 2010¹⁰⁶ souligne que les actions correspondant à cet objectif n'ont pas été mises en œuvre. De fait, la baisse du surpoids et de l'obésité infantiles observée depuis la mise en œuvre du plan a davantage concerné les catégories sociales moyennes supérieures.

2.2. Comment l'école pourrait-elle prendre en compte un objectif de réduction des inégalités sociales de santé ?

Tout ce qui peut être fait pour améliorer la réussite scolaire des élèves, et plus particulièrement de ceux qui sont issus des catégories sociales les plus défavorisées, ne peut que contribuer à réduire les inégalités sociales de santé.

Il est par ailleurs certain qu'un fort investissement au profit de l'école primaire aurait des effets importants sur l'amélioration des performances des élèves, mais aussi sur la santé des enfants.

¹⁰⁴ Par exemple, « Faut-il développer la scolarisation à deux ans ? », in Education & Formations n°66, juillet-décembre 2003, Ministère de l'Education nationale.

¹⁰⁵ Il faut toutefois souligner la moindre demande des CSP défavorisées, même si les objectifs nationaux préconisent le maintien de places à l'école maternelle en ZEP pour les enfants de deux ans.

¹⁰⁶ D. Jourdain-Menninger, G. Lecocq, J. Guedj, P. Boutet, J.-B. Danel, G. Mathieu, *Evaluation du PNNS2 2006-2010*, Inspection générale des affaires sociales, Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux, 2010.

Il n'appartenait pas à la mission d'expliquer à l'Education nationale comment il faudrait s'y prendre pour mieux répondre à bien des difficultés rencontrées par l'école pour remplir de façon plus satisfaisante sa mission première. La mission retient cependant quelques pistes permettant d'intégrer un objectif de réduction des inégalités sociales de santé dans la politique de l'école, sans compromettre la bonne réalisation de ses missions principales.

2.2.1. Développer la connaissance des inégalités sociales de santé des élèves et mieux la situer par rapport à la question des performances et des apprentissages

Les inégalités sociales de santé sont peu recherchées et mises en évidence. Elles sont encore moins considérées dans leurs liens avec la performance scolaire des élèves et le développement de leurs apprentissages. Un exemple suffit pour le montrer. Chaque année le Haut Conseil de l'Education établit un rapport sur l'état de l'école. Il se penche sur un certain nombre d'indicateurs reflétant la situation des élèves sur le plan de leurs performances. Il ne prend pas en considération dans ses analyses des données sur la santé des enfants.

2.2.2. Réorienter l'activité de la médecine de santé scolaire vers des actions plus ciblées

La pratique des examens systématiques et obligatoires est de peu de profit pour des enfants issus de milieux favorisés par ailleurs bien suivis sur un plan médical. La mission rejoint là les observations déjà faites par de nombreux rapports sur ce sujet. Il serait préférable que la médecine de santé scolaire cible ses interventions et ses examens systématiques en direction d'enfants issus de milieux défavorisés ou présentant des problèmes de santé mal pris en compte.

2.2.3. Se donner des objectifs de santé dans les projets académiques

Les projets académiques font état d'objectifs dans le domaine de la santé. Mais, ils n'ont que rarement des objectifs de santé. Le plus souvent, un projet académique va affirmer la volonté de renforcer l'éducation à la santé par exemple, ou de développer la création et l'activité des CESC qui sont des moyens au service d'objectifs de santé. Mais il est rare que soit fixé un objectif prenant pour cible un problème de santé précis, l'obésité par exemple, ou les troubles du langage. Il est tout aussi rare de trouver dans les projets académiques un objectif de santé visant à développer par exemple certaines aptitudes sur le plan de la personnalité des élèves ou à renforcer la place des parents dans les activités pédagogiques. Pourtant, certaines interventions spécifiques ont été validées par des référentiels internationaux, comme le projet américain *Life skills training*, qui vise à développer les compétences sociales, les capacités émotionnelles et cognitives et la connaissance des produits psycho-actifs ou le programme européen *Eurydice*, qui prône l'aménagement d'échanges quotidiens et la participation des parents au processus éducationnel notamment en maternelle. D'autres programmes, notamment américains aménagent des lieux de préscolarisation privilégiant les milieux plus modestes.

Un tel projet académique se fixant des objectifs par rapport à un problème de santé sur lequel il entend agir, devrait avoir un axe sur la formation des enseignants, renforçant les efforts déjà réalisés. En effet, le rapport IGAS-IGAENR consacré à l'évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège¹⁰⁷ constate que « *les formations initiales des personnels de l'éducation nationale ne préparent pas ceux-ci (à l'exception des personnels médicaux et sociaux) à comprendre les enjeux de l'éducation à la santé, ni d'ailleurs au développement psychoaffectif et comportemental des enfants et des adolescents auprès desquels ils enseignent. Peu de formations continues sont dès lors organisées et suivies dans le champ de l'éducation à la santé* ».

¹⁰⁷ IGAS-IGAENR-IGEN, *L'évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège*, janvier 2004.

2.2.4. Examiner les effets sur la santé des moyens du projet éducatif

Chacun des moyens mis au service du projet éducatif mériterait d'être examiné au regard des effets qu'il pourrait avoir sur la réduction des inégalités sociales de santé, et pas seulement par rapport au souci de développer les performances des élèves. Il n'était pas possible, dans le cadre de cette mission, de procéder à un tel travail qui exigerait de s'appuyer sur des recherches actuellement peu développées en France.

3. L'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

Encadré : quelle place pour la réduction des inégalités sociales de santé dans l'accueil du jeune enfant ?

Offrir un mode d'accueil aux parents pour leur permettre de conserver ou de reprendre un emploi a un effet sur les conditions socioéconomiques dans l'enfance. Au-delà de cette première approche, le fait de bénéficier d'un accueil collectif de qualité peut, pour des familles confrontées à des difficultés spécifiques, favoriser le développement cognitif et la stimulation intellectuelle de l'enfant. Enfin, les modes d'accueil permettent également de repérer des problèmes de santé de l'enfant qui auraient pu passer inaperçus.

Améliorer l'accès des enfants de catégories socioprofessionnelles modestes aux modes d'accueil collectifs – alors que ceux-ci profitent très largement aux catégories socioprofessionnelles favorisées pourrait avoir des effets bénéfiques sur leur santé. Parallèlement, la qualité des modes d'accueil pourrait être renforcée, dans certains cas et sur certains territoires, pour expérimenter un accompagnement plus qualitatif dès la petite enfance.

3.1. La politique d'accueil est construite autour du libre choix des parents plutôt que du développement de l'enfant

La politique d'accueil du jeune enfant vise à répondre conjointement à plusieurs objectifs distincts :

- assurer la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, en permettant aux parents qui le souhaitent de voir leur enfant accueilli pendant la journée ;
- solvabiliser financièrement l'accueil pour les parents, par le versement de prestations familiales dont la principale est la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) ;
- offrir aux parents une variété de modes d'accueil de leur enfant qui peuvent être socialisés (établissements d'accueil du jeune enfant, assistantes maternelles) ou non socialisés (garde d'enfant à domicile), et entre lesquels il leur sera possible de choisir. Cette volonté d'assurer le libre choix des parents se retrouve dans les composantes « libre choix d'activité » et « libre choix du mode de garde » de la PAJE ;
- accompagner les familles les plus vulnérables : l'article L. 214-2 du code de l'action sociale et des familles précise ainsi que « *les modalités de fonctionnement des équipements et services d'accueil des enfants de moins de six ans doivent faciliter l'accès aux enfants de familles rencontrant des difficultés du fait de leurs conditions de vie ou de travail ou en raison de la faiblesse de leurs ressources* ». Plus spécifiquement, des places d'accueil sont réservées aux enfants dont les parents sont engagés dans une démarche d'insertion¹⁰⁸ ;
- contribuer à la santé et au développement de l'enfant, par la qualité des structures et des prestations qui lui sont fournies.

¹⁰⁸ Article L. 214-7 du code de l'action sociale et des familles : « Le projet d'établissement et le règlement intérieur des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans, mentionnés aux deux premiers alinéas de l'article L. 2324-1 du code de la santé publique, prévoient les modalités selon lesquelles ces établissements garantissent des places pour l'accueil d'enfants non scolarisés âgés de moins de six ans à la charge de personnes engagées dans un parcours d'insertion sociale et professionnelle et répondant aux conditions de ressources fixées par voie réglementaire, pour leur permettre de prendre un emploi, de créer une activité ou de participer aux actions d'accompagnement professionnel qui leur sont proposées ».

Dans la pratique, ces différents objectifs n'ont pas tous le même poids dans les choix de politique publique et l'accueil du jeune enfant ne reste que marginalement abordé sous l'angle de son impact sur la santé. Les entretiens réalisés par la mission ont mis en évidence le fait que les enjeux de développement et de bien-être de l'enfant, pourtant explicitement inscrits dans les textes, ne sont pas systématiquement cités par les acteurs en charge de l'accueil du jeune enfant comme un objectif de cette politique. Le développement quantitatif de l'offre et la capacité donnée aux parents de concilier vie familiale et vie professionnelle demeurent des objectifs prioritaires des financements publics. En revanche, les professionnels de l'accueil du jeune enfant définissent généralement leurs pratiques professionnelles en référence au développement de l'enfant.

Les explications de cette situation sont de plusieurs ordres : la priorité donnée à une logique « quantitative » de satisfaction des besoins de prise en charge des parents, la difficulté de connaître les besoins et les caractéristiques des familles, les limites des outils de développement de l'offre et de sa qualité, et enfin la façon dont est abordée la question du coût pour les finances publiques des politiques d'accueil.

3.2. L'offre d'accueil et sa qualité peuvent avoir un impact sur la santé des enfants pris en charge

Des études internationales ont mis en évidence l'impact de l'accès à un mode d'accueil, mais aussi de la nature et de la qualité de l'accueil, sur la santé des enfants.

Le mode d'accueil peut permettre la mise en place de dispositifs de dépistage, qui sont utiles pour repérer précocement des problèmes de santé dont la prise en charge aurait été retardée. Ils permettent aussi de porter un certain nombre de messages en matière de santé : des établissements d'accueil organisent ainsi des actions de promotion et d'éducation à la santé, qui associent les parents à la démarche. La présence des enfants plusieurs heures par jour dans un même lieu favorise la mise en place de ces actions collectives. Le fait même d'être accueilli en EAJE a aussi un impact sur la santé : les enfants bénéficiant de modes d'accueil collectifs ont tous la même probabilité d'avoir des infections des voies respiratoires¹⁰⁹, et celles-ci sont ensuite moins fréquentes lors des premières années de scolarisation.

Le mode d'accueil joue également un rôle en matière de développement cognitif et de stimulation intellectuelle de l'enfant : des études québécoises ont notamment mis en évidence l'intérêt de programmes de stimulation précoce en crèche, afin d'agir sur le développement cognitif de l'enfant pendant les années préscolaires¹¹⁰. Des programmes de stimulation intensive permettent de réduire le désavantage des enfants issus de milieux défavorisés¹¹¹ à l'âge où ils entament leur scolarisation : l'évaluation d'un programme comme le *Carolina Abecedarian* montre des effets sensibles sur le développement intellectuel des enfants défavorisés – seuls 12 % des enfants du programme ont redoublé leur première année de primaire, contre 32 % du groupe témoin. Plus largement, lorsque l'enfant est confronté à des difficultés dans son environnement familial, le fait d'être accueilli en établissement collectif a un impact positif sur la santé.

En facilitant l'activité professionnelle des parents, l'accueil a aussi un impact sur le statut socioéconomique, qui expliquerait à lui seul 10 % des inégalités de santé à l'âge adulte. A ce titre, il peut avoir un effet bénéfique sur le bien-être de l'enfant, s'il permet un accroissement du revenu familial en favorisant l'activité des parents.

¹⁰⁹ Alors que celles-ci sont plus fréquentes chez les enfants issus de catégories socioprofessionnelles défavorisées lorsque les enfants ne sont pas en mode d'accueil collectif.

¹¹⁰ Voir à ce sujet G. Paquet, *Partir du bas de l'échelle : des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*, Presses de l'université de Montréal, 2005.

¹¹¹ En revanche, pour des enfants ne présentant pas de besoins spécifiques, l'effet des modes d'accueil n'a pas pu être démontré. Voir notamment C. Tourrette, *Accueil individuel et collectif du jeune enfant : une évaluation du développement psychologique et social d'enfants de 18 mois fréquentant différents lieux d'accueil*, université de Poitiers, rapport pour la CNAF, avril 1999.

En revanche, l'accueil hors du domicile des parents, s'il intervient à un trop jeune âge, peut avoir des conséquences défavorables pour l'enfant – réduction de l'attachement parent-enfant, réduction de l'interaction enfant-adulte si le nombre d'enfants par adulte est plus élevé qu'au sein de la famille, interactions stressantes avec d'autres enfants... De même, des heures d'accueil trop longues hors du domicile parental ont un effet sur le stress que subit l'enfant, et peuvent augmenter le risque de troubles du comportement externalisés, y compris lorsque l'accueil est de qualité¹¹².

3.3. *Les modes d'accueil bénéficient moins aux catégories socioprofessionnelles défavorisées*

La garde par les parents demeure majoritairement le fait des catégories socioprofessionnelles défavorisées : neuf enfants sur dix sont gardés à titre principal¹¹³ par leurs parents dans les 20 % de ménages les plus défavorisés (1^{er} quintile de revenus) contre trois sur dix dans les 20 % des ménages les plus favorisés (dernier quintile de revenus)¹¹⁴. Le recours à un mode d'accueil est, de manière symétrique, plus développé chez les ménages favorisés : deux enfants d'ouvriers sur dix en bénéficient, contre sept enfants de cadres sur dix. Cette concentration varie toutefois selon les types d'accueil : l'accueil collectif demeure légèrement moins inégal que le recours à une assistante maternelle : 5 % des enfants des deux premiers quintiles sont accueillis en crèche, contre 16 % des enfants des deux derniers quintiles.

Les critères d'accès aux modes d'accueil expliquent une partie de ces écarts : la mise en place à compter de 2002 de la prestation de service unique (PSU), a permis de réduire les restes à charge des familles les plus modestes¹¹⁵ mais incite les structures à améliorer leur taux d'occupation, ce qui tend à favoriser les familles dont la demande d'accueil est prévisible et répartie sur l'année de façon homogène ; dans la pratique, les couples biactifs sont les plus nombreux à être dans cette situation. En outre, malgré l'apport des prestations publiques, le taux d'effort des ménages pour les différents modes d'accueil diminue avec le revenu, sauf pour l'accueil collectif. Pour l'emploi d'un assistant maternel rémunéré à 3,5 SMIC, un ménage dont les revenus sont équivalents à 2 SMIC aura un taux d'effort de 7,5 %, contre 4,4 % pour un ménage dont les revenus sont égaux à 6 SMIC.

D'autres questions entrent également en ligne de compte. La demande tend à s'exprimer plus difficilement dans les catégories socioprofessionnelles les plus modestes pour des raisons qui tiennent à la fois à une dimension d'intégration sociale et culturelle (l'accès aux services publics en général peut se révéler plus difficile pour des personnes vulnérables ne maîtrisant pas les « circuits ») et à la représentation du rôle de la mère. Pour des femmes en difficulté sociale ou professionnelle, s'investir dans leur rôle de mère peut être un élément important de réussite personnelle et les dissuader de faire appel à des modes d'accueil extérieurs au foyer familial. Il n'est pas possible à l'heure actuelle de quantifier le poids respectif de ces différents facteurs. Leur connaissance implique de disposer de diagnostics locaux suffisamment fins pour identifier la variété des besoins et des situations.

¹¹² McCartney, *Current research on child care effect*, 2004.

¹¹³ 49 % des enfants gardés à titre principal par leurs parents ont un mode d'accueil secondaire. Dans la moitié des cas, il s'agit d'un assistant maternel ou d'un EAJE, avec des durées d'accueil moyennes de 12 à 18 heures par semaine. Les études réalisées par la DREES ne permettent pas de répartir par quintiles ces données : il n'est donc pas possible de savoir si les enfants des ménages modestes bénéficient davantage de modes d'accueil secondaires.

¹¹⁴ Voir notamment DREES, *Études et résultats*, n° 678, « Modes de garde et d'accueil des enfants de moins de 6 ans en 2007 ».

¹¹⁵ Pour plus de détails, voir l'annexe consacrée à l'accueil du jeune enfant.

Par ailleurs, l'analyse des besoins en matière de modes d'accueil ne prend que marginalement en compte des critères socioéconomiques. Les outils de programmation et de développement des modes d'accueil n'intègrent pas cette préoccupation :

- la commission départementale d'accueil du jeune enfant (CDAJE) est une instance de réflexion, de conseil, de proposition, d'appui et de suivi pour les institutions et organismes qui interviennent dans le domaine de l'accueil des jeunes enfants instaurée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elle permet de porter des réflexions sur les différentes thématiques relatives à l'accueil. Les thèmes relevant du rôle de la CDAJE figurent le développement des modes d'accueil, l'information et l'orientation des familles, l'accès des enfants handicapés aux modes d'accueil, ou des enfants dont les parents sont engagés dans une démarche d'insertion, ou encore la qualité de l'accueil. Dans les territoires où s'est déplacée la mission, la question de la qualité de l'accueil, bien que faisant partie des cinq axes de travail de la CDAJE, ne faisait que rarement l'objet d'un travail de réflexion de la CDAJE, et la question de l'impact sur la santé de l'enfant n'y était pas abordée spécifiquement;
- des schémas départementaux d'accueil du jeune enfant ont été expérimentés dans sept départements : ils avaient vocation à être élaborés dans le cadre de la CDAJE afin de définir, au niveau départemental, des objectifs et des actions en matière d'accueil du jeune enfant. Ces schémas consistent le plus souvent en un état des lieux général sur le territoire départemental. Ils comprennent un état général de l'offre, une évaluation des besoins et une présentation des moyens affectés à l'accueil du jeune enfant par les différents partenaires. En revanche, dans les schémas consultés par la mission, l'analyse des déterminants de l'offre et des besoins, la répartition fine de l'offre sur le territoire infra-départemental et la définition d'objectifs communs aux différents acteurs, ne sont pas systématiquement abordés ;
- en 2006, la CNAF s'est dotée d'un nouvel outil de contractualisation avec les collectivités territoriales, le contrat enfance jeunesse, qui remplace et unifie les dispositifs contractuels antérieurs et vise à orienter les financements accordés par les CAF pour développer les politiques en direction des enfants. La dimension qualitative des contrats enfance jeunesse demeure toutefois inégalement utilisée : les objectifs de diversification de l'accueil demeurent très largement génériques et sont peu évalués par les CAF, hormis quelques statistiques collectées auprès des EAJE bénéficiaires des financements.

Enfin, **la connaissance des inégalités socioéconomiques entre territoires et bénéficiaires demeure extrêmement faible** : les diagnostics territoriaux réalisés préalablement au développement d'un mode d'accueil prennent en compte des critères d'équipement rapportés au nombre d'enfants, sans y intégrer des indicateurs sociaux. De la même manière, les critères d'admission sont laissés à l'appréciation des structures d'accueil¹¹⁶. Enfin, il n'existe pas de données, au-delà des demandes exprimées par les ménages, sur les besoins en termes d'accueil qui ne feraient pas l'objet d'une demande.

¹¹⁶ A condition, pour percevoir la PSU, de respecter le barème de participation financière des familles de la CNAF.

3.4. *Faciliter l'accès des familles vulnérables aux modes d'accueil collectif et améliorer la qualité de l'accueil permettraient d'agir sur la santé et le développement des enfants*

3.4.1. Faciliter l'accès des familles vulnérables aux modes d'accueil

Le premier enjeu consiste à faire plus clairement du développement de l'enfant un objectif prioritaire des modes d'accueil : la santé et le développement de l'enfant, s'ils ne sont pas occultés, demeurent dans les faits secondaires par rapport à la satisfaction des besoins des ménages en termes de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. Or si le développement de l'enfant ne peut se concevoir sans le soutien apporté à l'activité des parents (qui influe sur le niveau économique de la famille), l'inverse est en revanche possible (c'est le cas lorsque les modes d'accueil bénéficient de façon prioritaire aux ménages biactifs ou que la question de leur qualité n'est pas posée). Partir du développement de l'enfant permet de disposer d'un objectif plus « intégrateur ».

Pour que cet objectif de développement de l'enfant ne soit pas poursuivi au détriment des besoins des parents, la question du niveau et de la qualité de l'offre d'accueil devra être posée. Les sommes qui y sont consacrées sont d'ores et déjà conséquentes : elles ne permettent toutefois de prendre en charge que moins d'un enfant de moins de trois ans sur deux. Du point de vue qui est le sien, à savoir la réduction des inégalités sociales de santé dans l'enfance, la mission considère que le développement des modes d'accueil constitue un investissement pour l'avenir. La question avait été examinée dans le rapport réalisé en 2008 par la députée Michèle Tabarot sur le développement de l'offre d'accueil de la petite enfance, qui proposait de porter à 60 % le taux de couverture des modes d'accueil¹¹⁷. Un débat sur l'opportunité d'un taux de couverture plus important des modes d'accueil mériterait donc d'être ouvert. Il pourrait être guidé par deux principes : d'une part, conserver la diversité des modes d'accueil, garantie de leur adaptation à la variété des territoires et des besoins. D'autre part, disposer d'une vision véritablement consolidée de l'offre au niveau territorial, ce qui pose la question de la coordination des compétences des différents acteurs intervenant en matière d'accueil du jeune enfant.

Augmenter le taux de couverture de l'offre d'accueil réduirait les risques de conflit entre l'objectif de développement de l'enfant et l'objectif de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, dont les publics ne sont pas toujours identiques. En partant déjà de l'existant, plusieurs pistes peuvent être examinées pour permettre une meilleure adéquation entre l'offre de modes d'accueil et les besoins de familles insuffisamment couverts :

- **prévoir pour chaque territoire un guichet unique d'information et d'inscription pour bénéficiaire d'un mode d'accueil :** ce guichet unique pourrait être géré par l'un ou l'autre des acteurs de la politique d'accueil (communes, CAF, conseil général) en fonction des territoires, et suppose en amont une intégration suffisamment poussée des systèmes d'information pour avoir une vision consolidée de l'offre d'accueil et de la demande exprimée. Le site monenfant.fr développé par la CNAF pourrait servir de support commun ;
- **faire de l'accueil des personnes en insertion et des familles vulnérables une priorité des contrats enfance jeunesse :** cela supposerait que les diagnostics préalables aux CEJ intègrent systématiquement des données socioéconomiques localisées ;
- **développer les solutions d'accueil souples :** dans les territoires ruraux, où le développement d'une offre collective peut s'avérer particulièrement difficile, des solutions innovantes sont parfois déployées. En Corrèze, le dispositif de Bébébus est un dispositif itinérant, qui permet de proposer un mode d'accueil collectif, quelques jours par mois, dans des communes rurales du département.

¹¹⁷ Ce chiffrage s'appuie sur une étude de la DARES évaluant à un tiers le nombre de femmes qui se sont arrêtées de travailler à la naissance de leur enfant pour une raison liée aux modes d'accueil

3.4.2. Agir sur la qualité de l'accueil

La qualité des modes d'accueil constitue un autre levier d'action : l'effet de stimulations précoces et intensives sur le développement de l'enfant a en effet été démontré dans des pays comme le Québec. Elle peut prendre plusieurs formes :

- **expérimenter dans des territoires présentant des difficultés particulières des modes d'accueil collectif qui proposeraient des activités d'éveil renforcées**, et mesurer leur effet sur le développement des enfants pris en charge ;
- **étendre aux modes d'accueil collectifs le mécanisme des projets de réussite éducative**, permettant à différents professionnels de prendre en charge conjointement les difficultés d'un enfant et d'une famille. Il pourrait être expérimenté en premier lieu dans les territoires de la politique de la ville, puis étendu si sa pertinence est avérée ;
- **mieux articuler le temps d'accueil collectif et le temps d'accueil individuel** pour des parents présentant des besoins spécifiques (horaires atypiques notamment), sur le modèle du dispositif Arc en Ciel de Nancy, qui propose un accueil relais – des étudiants se rendent au domicile pour s'occuper des enfants avant et après les heures d'ouverture des établissements collectifs.

D'une façon générale, les contrats enfance jeunesse constituent un outil intéressant pour développer une meilleure prise en compte des inégalités de santé dans l'accueil du jeune enfant. Cela suppose que cette question soit inscrite dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAF. Un financement spécifique de l'Etat pourrait être prévu à ce titre.

4. L'AMELIORATION DE L'HABITAT PRIVE

Encadré : quelle place pour la réduction des inégalités sociales de santé dans l'amélioration de l'habitat privé ?

L'amélioration de l'habitat a des effets directs bien connus sur la santé des enfants, en agissant sur l'hygiène des locaux, sur l'éventuelle présence de produits toxiques ou sur la sécurité des installations. Ses effets indirects, liés au manque de confort ou à la promiscuité, sont également importants.

La politique d'amélioration de l'habitat privé conduite par l'ANAH n'intègre qu'inégalement ces préoccupations. Le fait que l'ANAH ne connaisse pas les caractéristiques des locataires de logements indignes, mais seulement celles des propriétaires, nuit à la prise en compte de cette préoccupation, qu'elle juge pourtant importante. Moduler les aides de l'ANAH en fonction du des jeunes enfants présents dans le logement, et donner la priorité à la réhabilitation de logements dans lesquels vivent des enfants, pourrait y contribuer.

L'habitat indigne représente 2 à 3 % du parc immobilier privé en France, soit entre 400 000 et 600 000 logements¹¹⁸. Les propriétaires occupants en situation de « *mal logement* », ayant de faibles revenus (inférieur à 50 % des plafonds hlm), représentent 3 millions de ménages. Près de 1 million d'entre eux sont considérés comme pauvres.

La définition de l'habitat indigne a été fixée par la loi Mobilisation pour le Logement et Lutte contre l'Exclusion (MLLE) du 25 mars 2009. Sont considérés comme indignes, « *les locaux utilisés aux fins d'habitation et impropres par nature à cet usage ainsi que les logements dont l'état, ou celui du bâtiment dans lequel ils sont situés, expose les occupants à des risques manifestes, pouvant porter atteinte à leur sécurité physique ou à leur santé* ». Cette notion d'habitat indigne recouvre les logements insalubres, les immeubles menaçant de tomber en ruine ou dangereux, les locaux précaires. A ces logements indignes, s'ajoute un habitat très dégradé. Là, les habitations sont en très mauvais état sans être véritablement indignes ou insalubres.

¹¹⁸ Estimations du guide des interventions 2010 de l'ANAH.

Pour remédier à cet habitat indigne ou très dégradé, le maire, comme le préfet, dispose d'un pouvoir de police permettant d'imposer des travaux, d'ordonner la démolition d'un immeuble jugé dangereux pour ses habitants ou d'interdire l'utilisation de certains locaux à des fins d'habitation (article L. 1331-23 du code de la santé publique). « *Le maire peut prescrire la réparation ou la démolition des murs, bâtiments ou édifices quelconques lorsqu'ils menacent ruine et qu'ils pourraient, par leur effondrement, compromettre la sécurité ou lorsque, d'une façon générale ils n'offrent pas les garanties de solidité nécessaires au maintien de la sécurité publique* ». En cas de carence du maire, le préfet a, sur ces sujets, un pouvoir de substitution.

Afin d'aider les propriétaires occupants les plus modestes, les propriétaires bailleurs et les syndicats de copropriétaires des copropriétés en difficulté, à engager les travaux d'amélioration nécessaires de cet habitat indigne ou très dégradé, l'Etat dispose d'un opérateur¹¹⁹, l'Agence Nationale d'Amélioration de l'Habitat (ANAH). L'ANAH est un établissement public qui dispose de délégations locales intégrées au sein des directions départementales des territoires (DDT). Elle accorde des subventions pour les opérations d'amélioration de l'habitat privé que conduisent les collectivités territoriales ou les préfets.

En 2009, l'ANAH a contribué à la rénovation de 67 050 logements de propriétaires occupants (178,3 M€) et 44 200 logements de propriétaires bailleurs (365,9 M€).

L'amélioration de l'habitat privé par l'ANAH ne constitue qu'une partie de la politique publique sur le logement menée en France. Ce secteur particulier mérite d'être examiné de près. Il est un bon exemple des effets que peut avoir sur la santé une action publique qui ne relève pas du secteur traditionnel de la santé.

4.1. Les effets de la stratégie d'amélioration de l'habitat sur la santé des enfants

« *Il existe ainsi un lien très fort entre occupation sociale et état de dégradation du logement, avec de multiples conséquences : impact sur la santé, isolement social, accroissement de la précarité,...* ». Le dossier de presse établi par l'ANAH en septembre 2010 pour faire connaître ses nouvelles orientations stratégiques souligne d'emblée l'existence d'effets sur la santé dus à la qualité de l'habitat.

Les effets sur la santé les plus directs sont bien connus, ceux qui s'expliquent par une mauvaise hygiène des locaux, une médiocre aération, la présence de substances toxiques, la mauvaise qualité des dispositifs électriques ou de chauffage. De tels effets concernent tous les habitants de ces logements indignes ou très dégradés, quel que soit leur âge. Mais ils sont plus néfastes quand ils touchent des enfants dont les organismes sont plus fragiles. Plus insidieuses, mais non moins délétères, sont les conséquences du manque de confort et d'une promiscuité trop grande dans laquelle sont contraints de vivre des enfants, parce que leurs familles occupent des logements trop petits ou mal conçus.

Les stratégies d'amélioration de l'habitat indigne ont manifestement des effets positifs sur la santé des enfants en agissant sur les causes directes ou indirectes de sa dégradation. Cependant, force est de constater que de tels effets positifs ne sont pas poursuivis de façon systématique. Ils surviennent sans qu'ils aient été recherchés spécifiquement. Il est donc probable qu'ils pourraient être plus importants s'ils figuraient dans les priorités de la politique publique menée en faveur de l'amélioration de l'habitat privé.

¹¹⁹ Lors de la création de l'ANAH, en 1971, celle-ci était une caisse de solidarité entre propriétaires bailleurs dont les baux relevaient de la loi de 1948.

4.2. **L'ANAH, un opérateur de l'Etat au service de l'amélioration de l'habitat privé, dont les missions sont à la fois techniques et sociales**

4.2.1. **La mission de l'ANAH est de mettre en œuvre la politique nationale de développement et d'amélioration du parc de logements privés existants**

Les objectifs de l'ANAH, pour réduire l'habitat indigne et très dégradé, sont à la fois « techniques » et « sociaux » :

- « techniques », parce que, pour faire en sorte que l'habitat indigne et très dégradé disparaisse, il faut repérer, avec des critères précis, les logements nécessitant des travaux d'amélioration impératifs et mettre en œuvre les opérations permettant de rénover le plus d'habitations possibles ;
- « sociaux », parce que ce sont les propriétaires occupants les plus modestes qui seront aidés en priorité¹²⁰, parce que seront plus particulièrement pris en compte les besoins d'adaptation liés à la perte d'autonomie des personnes et parce que les aides fournies aux propriétaires bailleurs le sont en échange d'un engagement à la modération du loyer.

Pour conduire des actions de maîtrise des loyers, l'ANAH passe des conventions avec des propriétaires bailleurs qui s'engagent à modérer leurs loyers, contre le bénéfice de déductions fiscales ou en contre partie des aides pouvant leur être accordées pour réaliser les travaux nécessaires.

En 2010, l'ANAH s'est par ailleurs engagée dans un programme de lutte contre la précarité énergétique¹²¹ en favorisant l'amélioration thermique des logements. Ce programme national s'intitule « *Habiter Mieux* »¹²².

Enfin, l'ANAH délivre des aides à l'humanisation des places en centres d'hébergement.

4.2.2. **L'ANAH a une double fonction de financeur et de conseil**

L'ANAH apporte une aide méthodologique aux collectivités territoriales dans la conduite de leur politique locale en faveur du logement. Cette aide méthodologique porte sur le diagnostic ou le repérage des problématiques liées à l'habitat privé d'un territoire, l'évaluation, l'assistance à la maîtrise d'ouvrage pour la définition d'opérations complexes nécessitant des compétences multiples ou l'articulation de plusieurs opérateurs.

L'ANAH finance par le biais de subventions des opérations d'amélioration de l'habitat diffuses ou ciblées sur un territoire. Les modalités de financement de l'ANAH sont précisées au plan local dans le cadre d'un programme d'action départemental ou infra-départemental (PA). Les propriétaires occupants bénéficiant de ces aides doivent répondre à certaines conditions de ressources. Les propriétaires bailleurs, outre certaines conditions à respecter pour se voir accorder ces aides, devront s'engager à maîtriser leurs loyers pendant neuf ans.

La plupart des aides sont attribuées dans le cadre d'une Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat (OPAH) ou d'un Programme d'Intérêt Général (PIG). Une OPAH rassemble sur un même territoire plusieurs opérations complémentaires pendant trois à cinq ans, permettant ainsi la réhabilitation d'un quartier par exemple.

¹²⁰ Lettre de mission adressée au président de l'ANAH, en date du 30 avril 2010, par le secrétaire d'Etat au logement et à l'urbanisme.

¹²¹ L'enquête nationale logement en 2006 estime à 3,4 millions le nombre de ménages en situation de précarité énergétique, consacrant plus de 10 % de leurs ressources au règlement de leurs factures énergétiques

¹²² Doté d'un financement de 500 M€ au titre des investissements d'avenir, sur la période 2010-2017, ce programme a pour objectif la réhabilitation de 300 000 logements de propriétaires occupants de revenus modestes, en situation de grande précarité énergétique.

Le PIG cible des opérations sur une thématique et permet de traiter des logements diffus. Il traite de difficultés spécifiques tant sur le plan social¹²³ que technique¹²⁴. Il peut être dit « particulier », sous la forme d'un PIG « habitat indigne » ou d'un PIG-PST développant un programme social thématique. Les PIG sont conçus à l'échelle d'une agglomération ou d'un département pour une durée de trois ans. Le PIG « habitat indigne » va du repérage des logements insalubres jusqu'à l'appui pour la mise en œuvre de travaux d'office, en passant par l'aide aux occupants des logements. Le PIG-PST vise à permettre aux ménages dont les ressources sont limitées d'accéder ou de se maintenir dans un logement décent. Il favorise pour cela la réhabilitation lourde de logements destinés à être loués à un faible niveau de loyer.

4.2.3. Une politique dont les objectifs sociaux ne sont jamais ciblés en fonction des caractéristiques des habitants locataires

Seules les caractéristiques des propriétaires occupants ou bailleurs sont connues de l'ANAH, parce qu'ils sont bénéficiaires des aides. Les caractéristiques d'âge, de revenu, de handicap des propriétaires occupants peuvent donc être retenues pour prioriser les aides financières en vue de la réhabilitation de logements jugés indignes ou très dégradés. Mais, à besoin égal de réhabilitation d'un logement, il ne sera pas possible de privilégier les opérations financées en fonction de critères sociaux concernant les habitants locataires, tout simplement parce que ceux-ci ne sont pas connus. Plus exactement, ces critères sociaux des locataires quand ils sont connus, ne le sont qu'indirectement (ils ne sont pas recherchés en tant que tel), au travers des informations diverses recueillies dans le cadre de la procédure de signalement d'un habitat indigne ou des enquêtes de salubrité prenant en compte la situation de l'occupant.

Au niveau local, il est possible, dans le cadre du programme d'action, de privilégier la réhabilitation de logements indignes ou très dégradés où vivent des jeunes enfants. La procédure de traitement des logements insalubres, où des risques d'intoxication par le plomb existent, permettra de toucher des familles avec de jeunes enfants. Il est possible aussi de lancer un programme privilégiant le financement de travaux pour de grands logements dégradés afin de cibler plutôt des familles. Mais, ce ne saurait être un objectif poursuivi de façon systématique, même pour les propriétaires occupants ayant des enfants, car cette information n'est pas relevée dans les enquêtes statistiques établies sur l'état des logements et sur les caractéristiques de leurs occupants.

Réduire les inégalités de santé des enfants en agissant sur ce déterminant social reconnu qu'est le logement, n'est pas un objet de politique publique identifié en tant que tel.

4.3. *Comment la réduction des inégalités de santé des enfants pourrait être un objectif effectif de la stratégie d'amélioration de l'habitat privé en France ?*

L'ANAH a une conscience aiguë de l'impact qu'a son action sur la santé, et l'infléchissement qu'elle cherche à donner à sa stratégie en est la meilleure preuve. Les caractéristiques techniques propres aux logements, la situation des bénéficiaires des aides et leurs engagements, l'insertion des projets dans un cadre de rénovation urbaine générale, tiennent une place prépondérante dans les choix d'opérations arrêtés. Mais l'ANAH prend en compte de plus en plus dans sa stratégie des objectifs sociaux. La convention passée avec la CNAV, celle souhaitée avec la CNAF¹²⁵, visent à se donner des moyens d'actions coordonnés, complémentaires, favorisant la réalisation des travaux nécessaires et intégrant les projets d'amélioration de l'habitat dans le cadre plus global des réponses apportées aux besoins de toute nature de populations en situation de vulnérabilité, tant sur le plan social que sur celui de leur santé. Une telle orientation s'inscrit pleinement dans la logique d'une action sur les inégalités de santé.

¹²³ Opérations concernant plus particulièrement des logements pour personnes âgées ou pour personnes handicapées...

¹²⁴ Opérations portant sur des difficultés liées à la sécurité ou la santé dans l'habitat...

¹²⁵ Voir pour plus de détails l'annexe consacrée à l'amélioration de l'habitat.

Cependant, la volonté de la direction de l'ANAH d'engager une action publique consciente de toutes ses implications ne suffit pas. Ainsi, même si la stratégie suivie en matière d'amélioration de l'habitat privé a des effets sur la santé des enfants, elle pourrait avoir encore plus d'impact si elle était davantage délibérée. Les effets sur la santé obtenus aujourd'hui sont en effet de surcroît. Ils ne sont pas poursuivis en tant que tel : si c'était le cas, les mêmes efforts produiraient sans doute de plus grands résultats.

4.3.1. Mieux connaître la population des enfants vivant dans un habitat privé dégradé

Combien d'enfants vivent en France dans des logements indignes ou très dégradés ? Quel est l'état de santé de ces enfants ? Aucune étude ne permet aujourd'hui de répondre à ces questions simples. Les inégalités de santé des enfants dans leur relation aux conditions de logement sont invisibles. Tant qu'elles le resteront, leur réduction ne saurait être un objet de la politique menée en faveur de l'amélioration de l'habitat privé.

Les inégalités sociales de santé des enfants et leur lien avec l'habitat pourraient être rendus plus visibles par une meilleure exploitation des ressources statistiques. Par exemple, l'enquête nationale de l'INSEE sur le parc privé de logement note un certain nombre de caractéristiques sociales des propriétaires occupants et des locataires : une information sur le nombre et l'âge des enfants présents pourrait y être ajoutée. L'état de santé de ces enfants pourrait faire l'objet pour sa part d'enquêtes spécifiques de la DREES ou l'InVS. Par ailleurs, dans presque toutes les régions existent aujourd'hui des plateformes de l'observation sanitaire et sociale. Elles réunissent de nombreuses institutions productrices de données sociales et de santé et établissent des programmes d'études partagés. L'examen de la santé des enfants dans sa relation avec les conditions de logement pourrait en faire partie. Dans ses déplacements dans plusieurs régions, la mission a constaté qu'aucune plateforme de l'observation sanitaire et sociale n'avait retenu dans son programme de travail d'enquête sur les inégalités de santé, alors que les ARS ont pour instruction de faire de ce sujet un objectif de leur plan stratégique régional de santé.

Des données existent localement mais ne sont pas valorisées. La Caisse d'allocations familiales (CAF) peut livrer des données précises sur le nombre des enfants vivant dans un logement indécemment et dans des conditions de sur-occupation. La CPAM a des données sur la santé des enfants couverts par le régime général. La MSA peut recouper des données portant sur la santé des enfants des ressortissants du régime agricole, sur l'état de dégradation du logement et sur le niveau de revenus de la famille.

L'effort à engager pour mieux connaître les enfants habitant dans un logement dégradé dépend donc davantage d'un engagement politique que de la résolution d'obstacles techniques ou pratiques.

4.3.2. Moduler les taux d'aide à la réhabilitation des logements en fonction d'un objectif de réduction des inégalités sociales de santé des enfants

Mettre en œuvre, de façon plus délibérée, un objectif de réduction des inégalités sociales de santé des enfants, en agissant sur le déterminant qu'est le logement, pourrait se faire à moyens constants. **Majorer le taux d'aide à la réhabilitation de l'habitat indigne ou très dégradé pour le propriétaire occupant ou le propriétaire bailleur quand des enfants habitent les logements considérés pourrait permettre de mieux prendre en compte les enjeux de santé des enfants.**

La politique publique menée en faveur de l'amélioration de l'habitat privé ne saurait avoir pour seul objectif la santé des personnes, même s'il s'agissait des enfants. Cette politique doit continuer à être orientée par des priorités importantes de qualité moyenne de l'habitat, de développement et d'aménagement urbain, de poids des loyers dans les dépenses des populations les plus modestes, de lutte contre la précarité énergétique. La question est de savoir comment allier ces priorités à un objectif de réduction des inégalités sociales de santé des enfants, sans effet de concurrence mais avec le souci d'un impact économique et social global encore plus positif.

4.3.3. Inclure dans la COG entre l'Etat et l'ANAH un objectif de réduction des inégalités sociales de santé

L'administration de l'Etat ne manque pas d'outils pour peser sur l'action de ses opérateurs ou de ses services déconcentrés : conventions d'objectifs et de moyens, plans nationaux ou locaux, programmes,... Dans le domaine de l'amélioration de l'habitat privé, de tels outils existent. Il faut s'en servir de manière à porter un objectif de réduction des inégalités sociales de santé des enfants. **La COG établie entre l'Etat et l'ANAH, qui devrait être signée en 2011, doit pouvoir prévoir un objectif de réduction des inégalités sociales de santé qui pourrait se traduire par une priorité donnée à la réhabilitation des logements privés indignes ou très dégradés dans lesquels vivent des enfants.**

En lien avec cette COG, la COG passée entre l'Etat et la CNAF, comme celle passée avec la CNAV, pourrait prévoir des dispositions touchant le même objectif, demandant que des coopérations locales entre les services soient organisées pour, par exemple :

- aider au repérage des ménages avec enfants dans des situations de mal logement ;
- engager un accompagnement social des propriétaires occupants afin de les soutenir dans leur projet de travaux ;
- coordonner les aides diverses qui sont accordées par les uns et par les autres dans le domaine du logement et de ses aménagements.

Dans le cadre d'une méthodologie définie par l'ANAH, les programmes d'action établis par l'autorité délégataire ou le préfet de département devraient faire l'objet d'une analyse au niveau régional par la DREAL, afin de dresser un état des objectifs qu'ils poursuivent et des résultats obtenus, notamment par rapport à un objectif d'amélioration de la situation d'hébergement des enfants. Une synthèse nationale de ces évaluations devrait être réalisée.

Conclusion : quels sont les leviers pour intégrer les inégalités de santé chez l'enfant dans différentes politiques publiques ?

Etant donné la variété des politiques publiques considérées, de leurs objectifs et de leurs modes d'organisation, il n'est pas possible d'identifier une modalité unique de prise en compte des inégalités sociales de santé. En revanche, quelques principes peuvent être d'ores et déjà dégagés des quatre exemples présentés ci-dessus :

- se poser systématiquement la question du gradient social dans les différentes politiques publiques ;
- diffuser aux acteurs intervenant sur les déterminants sociaux de la santé les études permettant de documenter l'impact sur la santé des politiques publiques ;
- disposer d'une offre de services d' « ingénierie en santé » (à rapprocher des évaluations d'impact sur la santé) pour aider les politiques publiques à s'approprier cette question ;
- voir dans quelle mesure il peut être pertinent d'intégrer la composition familiale et l'âge des enfants dans les barèmes d'un certain nombre d'aides publiques ;
- avoir une conception large de la prévention.

Plus largement, ces quatre dispositifs publics montrent de quelle manière la notion d' « universalisme proportionné » peut être mis en œuvre :

- dans le cas de la politique d'amélioration de l'habitat de l'ANAH, la concentration des aides financières (avec une modulation des barèmes) sur des ménages comprenant des enfants en bas âge permet de renforcer l'action publique à un âge où les conditions sanitaires du logement peuvent avoir effet particulièrement prononcé sur la santé ;
- en matière de santé scolaire, la combinaison d'un examen de base destiné à l'ensemble des élèves au cours de la 6^e année avec la possibilité d'un examen plus poussé en cas de détection de problèmes spécifiques offre la possibilité de mieux prendre en charge les enfants présentant les besoins les plus importants ;
- pour ce qui est de l'accueil du jeune enfant, la possibilité d'expérimenter des programmes d'intervention précoce renforcés destinés à des enfants confrontés à un cumul de difficultés dans leur milieu familial suppose qu'au préalable la capacité de l'offre d'accueil de répondre aux besoins des parents ne conduise pas à un conflit entre des priorités concurrentes ;
- enfin, l' « universalisme proportionné » en matière de parentalité se heurte à la très délicate question de l'identification de difficultés liées à l'environnement économique ou social des familles.

Il ne s'agit donc en rien d'une question simple. Elle doit être appréciée au plus près de chaque politique publique, et ne pas conduire à une approche systématique des enjeux par le biais du gradient social.

III/ Propositions : comment définir et conduire une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé dans l'enfance ?

Les exemples précédents montrent qu'intégrer un objectif de réduction des inégalités sociales de santé dans des politiques publiques très diverses est possible, et que prendre conscience de l'impact de leurs choix sur la santé peut rendre ces politiques plus efficaces. Cela suppose de mettre en place les mécanismes qui permettront d'intégrer un « réflexe santé » dans ces politiques. Au-delà de cette première étape, donner un cadre général à la réduction des inégalités sociales de santé dans l'enfance renforcerait la capacité d'action et assurerait la convergence de ses effets.

Chercher à réduire les inégalités de santé en agissant sur leurs déterminants sociaux, et introduire des principes tels que l'universalisme proportionné dans la définition des modes d'intervention, constituent une approche relativement nouvelle de la question. Il est nécessaire dans ce contexte d'accorder une importance particulière à l'explication de la stratégie et à l'accompagnement des acteurs.

1. CONNAITRE ET RENDRE VISIBLES LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE CHEZ L'ENFANT

Beaucoup de travaux utilisés par ce rapport sont des recherches effectuées hors de France, dans le cadre de l'Union européenne, de l'OCDE, au Canada et aux Etats-Unis. Les contextes sociétaux ne sont pas identiques, les politiques, en particulier familiale, d'emploi, d'éducation, de parité et de genre sont différentes, posant la question de la transposition des résultats de ces travaux au contexte français.

Ces études permettent de comprendre comment agissent les déterminants sociaux de la santé, et d'analyser la pertinence des différentes stratégies mises en œuvre. Elles ne peuvent pas toutefois se substituer à une analyse précise de la situation en France, indispensable de trois points de vue :

- **pour définir des priorités.** Le choix des objectifs prioritaires en matière de réduction des inégalités sociales de santé doit s'appuyer sur des données nationales, qui seules permettent de hiérarchiser les besoins. Le fait que l'éducation, l'emploi des parents ou le logement soient des déterminants des inégalités de santé ne signifie pas qu'ils auront le même poids relatif dans tous les pays ;
- **pour s'approprier la stratégie.** Les études locales ont notamment une force démonstrative particulière. Une étude réalisée au Royaume-Uni visait ainsi à illustrer les inégalités de santé par le fait que dans certains quartiers de l'agglomération londonienne, à chaque station de métro éloignant du centre ville correspondait un an d'espérance de vie en moins ;
- **pour comprendre comment caractéristiques individuelles et caractéristiques contextuelles interfèrent** pour produire des inégalités de santé : des analyses multi-niveaux, comme celles menées dans le cadre de la cohorte « Santé, inégalités et ruptures sociales » (SIRS) sur la région parisienne¹²⁶, mettent en évidence des problématiques différentes d'un quartier à l'autre. Lorsqu'on interroge les habitants sur les conditions de vie dont l'impact sur leur santé est négatif, les habitants des ZUS citent plus souvent les conditions de vie dans le quartier et de logement, ou encore les difficultés financières et économiques alors que les habitants des quartiers moyens citent davantage la pollution, le stress, les conditions de travail et les comportements en lien avec la santé.

¹²⁶ La cohorte est composée 3 000 individus interrogés dans cinquante Iris différents issus constituant un échantillon représentatif de l'agglomération parisienne (départements 75, 92, 93 et 94).

1.1. Identifier les inégalités sociales de santé dans l'enfance et développer une meilleure connaissance du gradient social

Faire des inégalités sociales de santé chez l'enfant un objet de politique publique suppose de connaître l'état de ces inégalités et de comprendre leurs déterminants. Or les connaissances actuelles, tant sur les inégalités sociales de santé dans l'enfance que sur leurs déterminants, sont parcellaires. Les difficultés de mesure du gradient social, le rythme irrégulier de collecte des données de santé, le coût de certaines enquêtes expliquent en partie cet état de fait : ce point est évoqué dans la partie 1.2.2. du rapport.

Ces problèmes ne sont pas limités aux données sur la santé physique et psychique des enfants : Ils concernent également le manque d'information sur les déterminants sociaux : la politique d'amélioration de l'habitat privé ne dispose pas de données sur les ressources et sur la composition des ménages locataires d'un logement indigne, et ne connaît la situation des enfants que dans les cas de saturnisme déclaré. Le même problème se pose en matière d'accueil du jeune enfant : les caractéristiques socioéconomiques des familles bénéficiant d'un mode d'accueil, ou encore le profil des futurs parents bénéficiant d'un entretien prénatal précoce ne sont pas recherchés¹²⁷.

La collecte et l'exploitation de ces données soulèvent également des questions éthiques (cf. supra), et supposent au préalable des travaux qualitatifs permettant d'identifier quelles sont les variables les plus pertinentes pour l'étude.

Enfin, il n'existe pas de tableau de bord permettant d'avoir une vision d'ensemble des données disponibles sur la santé physique, matérielle et sociale des enfants.

Tableau 3 : Exemple de critères à retenir pour mieux connaître les inégalités sociales de santé dans l'enfance

	Type d'indicateurs	Population cible : enfants ou parents	Résultats par CSP ou contraste ouvriers/cadres	Résultats par Niveau de revenu	Résultats par Niveau d'éducation des parents
1. santé					
Mortalité	Mortalité spécifique périnatalité	0-1 an			
	Mortalité	Par âge ou classe d'âge			
morbidité	Hypotrophie	Naissance			
	Prématurité	Naissance			
	Morbidité générale	Par âge ou classe d'âge			
	Morbidité pour certaines pathologies : athme, accidents de la vie courante, intoxication au CO, saturnisme,...				
	Surcharge pondérale/obésité				
	Santé bucco dentaire				
	Troubles sensoriels				
	Troubles du langage				
	Santé mentale				

¹²⁷ A noter que les certificats de santé du 9ème et 24ème mois comprennent des données sur les modes d'accueil et que le bilan de 4 ans intègre des données sur le déroulement de la vie scolaire.

2. développement de l'enfant	Mode d'accueil				
	Déroulement de la vie scolaire				
3. déterminants sociaux	Prestations sociales	Parents			
	Prestations de logement	Parents			
	Insécurité d'emploi	parents			
	CMU/CMUC				
	Renoncement aux soins pour problèmes financiers				
4. habitudes de vie	Activités physiques (ex : jeux à l'extérieur)	Par classe d'âge à partir de 6 ans par exemple			
	Sommeil				
	Habitudes alimentaires				
	Allaitement	Mère			
5. utilisation des services de santé	Suivi de grossesse	Mère			
	Taux d'hospitalisation général	Par âge ou classe d'âge			
	Taux d'hospitalisation pour certaines pathologies : accidents vie courante, asthme,...				
	Consultation d'un médecin				
	Consultation d'un dentiste				
	Couverture vaccinale				
	Dépistage sensoriel				
	Dépistage troubles du langage				

Source : mission

Pour définir une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé et en mesurer les résultats, disposer de données est nécessaire. Schématiquement, elles doivent permettre de remplir trois grandes catégories de besoins : connaître l'état de santé des enfants et les inégalités de santé dans l'enfance, connaître les déterminants sociaux de la santé identifiés comme prioritaires, et mesurer l'efficacité des différentes politiques publiques impliquées. Ce travail demande une vision stratégique préalable de ce que l'on souhaite faire. La question du type de données à produire et de leur rythme de collecte doit absolument être appréciée en lien avec la nature des objectifs retenus et avec leur horizon de mise en œuvre.

La première étape consiste à recenser les différentes sources de données socialisées existantes sur la santé des enfants, leur mode de production et leur fréquence, et à en faire l'analyse et la synthèse. Le même travail doit être appliqué aux déterminants de la santé. Ce recensement fait, les données manquantes doivent être identifiées et la faisabilité de leur collecte évaluée.

Il conviendrait donc :

- **de commander à la DREES une étude sur la santé des enfants**, qui pourrait se faire en plusieurs étapes permettant de disposer dès 2011 d'un premier bilan des inégalités sociales de santé dans l'enfance à partir des données socialisées existantes ;

- **d'étudier la faisabilité d'exploiter des données territorialisées** (par canton) comme la FNORS a pu le faire pour les inégalités sociales de santé en population générale : ce type d'analyse permettrait d'étayer les diagnostics territoriaux (cf. *infra*).

A partir de cet état des lieux, un cadre d'analyse pour l'action doit être élaboré. En fonction des priorités retenues, un tableau de bord avec un petit nombre d'indicateurs doit pouvoir être élaboré et suivi dans la durée. Ce cadrage devrait associer les services d'information des différents ministères concernés, les collectivités territoriales (en particulier conseils généraux et municipalités), les différents observatoires existant sur l'enfance (observatoire de la protection de l'enfance, observatoire de l'enfance,...), les hauts conseils ayant une expertise sur la question du bien être de l'enfant (Haut conseil de la famille, Haut conseil de l'éducation, HCSP,...).

La mission s'est interrogée sur les indicateurs les plus pertinents pour rendre compte de la santé des enfants. Elle propose en annexe du rapport une première sélection d'indicateurs qui pourraient servir de socle : ils incluent des données relatives à la santé physique (mortalité et morbidité), aux habitudes de vie, au développement de l'enfant, aux déterminants sociaux et à l'utilisation des services de santé. Leur pertinence peut toutefois être subordonnée aux priorités qui seraient définies.

En même temps que seront définies les priorités de réduction des inégalités sociales de santé définies, il conviendra donc de définir des indicateurs de suivi et un cadre de collecte des informations nécessaires, et d'apprécier la faisabilité et l'horizon de leur production.

Dans un troisième temps, les modalités selon lesquelles le cadre d'analyse sera renseigné par les différentes parties prenantes sont à définir. **Cela suppose de choisir un « chef de file », par exemple la DREES**, chargé de collecter l'ensemble des données suivies par les différents acteurs pour effectuer un bilan, à intervalles réguliers, de la stratégie engagée.

1.2. Mieux partager l'information au niveau territorial

Les données nationales sont nécessaires pour définir la stratégie et pour l'évaluer. Mais des données territoriales doivent également être mobilisées pour définir des priorités adaptées aux caractéristiques des territoires. De telles données existent en partie, mais leur exploitation et leur diffusion sont variables.

L'existence de plates-formes régionales d'observation sanitaire et sociale (POSS) dans certaines régions constitue une opportunité intéressante. Créées au début des années 2000, ces structures ont pour premier objet de mettre en commun les données dont disposent les différents membres qui les composent – et parmi lesquels figurent, dans des configurations variables selon les régions, des services de l'Etat (DRJSCS, rectorat, DIRRECTE, DREAL, direction régionale de l'INSEE), l'agence régionale de santé, des organismes de protection sociale, des collectivités territoriales et des associations comme l'observatoire régional de santé. Elles permettent également de repérer les lacunes de la connaissance et de porter des projets permettant de l'améliorer en recherchant le lien avec les autres structures d'observation locale telles que les observatoires de l'habitat, de l'emploi et de la formation...¹²⁸. Le plus souvent, leur rôle n'est pas de produire elles-mêmes de l'information mais de faciliter sa mise en commun.

A l'heure actuelle, 17 régions disposent de dispositifs d'observation de ce type¹²⁹, dont le champ varie en fonction de l'articulation entre les enjeux sanitaires et sociaux au niveau régional. Dans certaines régions, les plates-formes ont permis de porter des projets d'étude améliorant la connaissance de la santé des mères et des enfants. En Languedoc-Roussillon, une étude est en cours sur la maternité des femmes de moins de 21 ans et leurs impacts socio-économiques (relations familiales, parentalité, parcours d'insertion). Elle associe notamment les CAF, les conseils généraux, le conseil régional et la DRJSCS.

L'outil que constituent les POSS permet de mettre en commun les connaissances disponibles en région sur la santé des enfants et leurs déterminants, en fonction des priorités retenues.

¹²⁸ Les plates-formes permettant alors de constituer un comité de pilotage commun pour définir un projet de recherche.

¹²⁹ Source : site internet du ministère chargé des affaires sociales.

Les POSS pourraient également être utilisées pour lancer des études, en fonction des priorités qui seront définies.

1.3. Comprendre les mécanismes de constitution des inégalités sociales de santé dans l'enfance pour mieux identifier les leviers d'action

La recherche fondamentale sur les déterminants de la santé dans l'enfance est nécessaire pour comprendre les mécanismes qui, dans un contexte donné, vont « produire » des inégalités de santé. La recherche liée à l'action, plus proche des processus d'évaluation, doit permettre davantage de répondre aux questions d'efficacité et de qualité de l'action. Plusieurs types d'outils de connaissance peuvent être mobilisés :

- **des suivis de cohorte, pour comprendre l'imbrication entre les déterminants de la santé et la façon dont ils agissent.** Parmi les projets en cours, une cohorte spécifique à l'enfance, Elfe, a été lancée en 2007. Elle doit permettre « *d'analyser l'impact des différents facteurs familiaux, sociaux, scolaires, comportementaux, environnementaux, sanitaires ou nutritionnels sur le développement physique, psychologique et social de l'enfant, à partir d'une cohorte représentative de 20 000 enfants nés en France en 2010-2011* »¹³⁰. Le rapport en date de septembre 2009 sur les objectifs scientifiques de la cohorte met en évidence l'intérêt qu'elle pourrait présenter pour une meilleure compréhension des déterminants de la santé. L'absence de stratégie générale lisible du projet, et le manque de commande précise des ministères de la santé et de la recherche, contribue toutefois à une insuffisante prise en considération de ces questions. Le retrait de la direction de l'évaluation du ministère de l'Education nationale (DEPP) du projet pose la question de l'exploitation et du transfert des données sur cet aspect du développement de l'enfant ;
- **de la recherche fondamentale sur les pathologies et leurs déterminants**, coordonnée par le ministère chargé de la santé et le ministère chargé de la recherche. Ce point est développé dans le rapport général sur les inégalités sociales de santé ;
- **de l'expertise collective** : cette forme d'expertise, développée depuis les années 1990, consiste à confier à un groupe multidisciplinaire d'experts une synthèse critique de l'état des connaissances disponibles en réponse à une question posée par un partenaire institutionnel¹³¹. Au cours des 15 dernières années, plus de 70 expertises ont été réalisées, dont une part significative porte sur les risques en santé. En revanche, l'INSERM n'a à ce jour jamais été sollicitée concernant les inégalités sociales de santé même si certaines expertises collectives ont abordé ce sujet ;
- **de la recherche action sur l'efficacité des actions engagées.** Comme pour les inégalités sociales de santé chez les adultes, la recherche liée à de l'intervention est insuffisamment développée, qu'il s'agisse de l'évaluation de programmes expérimentaux, ou de l'évaluation *a priori* d'impact sur la santé de programmes et d'interventions s'inscrivant dans des politiques autres que la santé. Par exemple, il n'existe que très peu d'études sur l'impact potentiel de modes d'accueil collectifs, ou de la préscolarisation, sur la santé des enfants. Ces démarches ont contribué à l'adoption de stratégies dans d'autres pays.

Une réflexion sur la stratégie de recherche doit donc être menée par la DGS, associée au ministère de la recherche. Elle doit permettre de passer des commandes dans le cadre de travaux de recherche engagés, comme Elfe, en échange de financements pérennes. Les suivis de cohorte sont des projets de longue haleine, complexes à mettre en place et coûteux : il est donc essentiel d'exploiter au mieux l'opportunité qu'ils représentent. Plus généralement, disposer d'une véritable stratégie de recherche sur les inégalités de santé dans l'enfance doit permettre de mieux articuler le financement de projets et les priorités de l'action publique.

¹³⁰ www.elfe-france.fr

¹³¹ Selon l'Inserm, « *l'expertise collective est une étape initiale, nécessaire mais le plus souvent non suffisante, pour aboutir aux prises de décision. Les conclusions apportées par les travaux d'expertise collective contribuent, mais ne peuvent se substituer, au débat des professionnels concernés ou au débat de société si les questions traitées sont particulièrement complexes et sensibles* ».

2. CONSTRUIRE LA STRATEGIE AUTOUR DE QUELQUES GRANDS PRINCIPES D'ACTION

2.1. *L'universalisme proportionné et l'attention particulière aux problèmes de pauvreté*

L'« universalisme proportionné », ou la fourniture de « services en cascade » selon la terminologie de l'OCDE, consiste à densifier les interventions (services de santé, prestations, modes d'accueil,...) en fonction des conditions socio-économiques et environnementales dans lesquelles vivent les ménages. Cette approche constitue en quelque sorte le pendant de la notion de gradient social : si le cumul de difficultés auxquelles sont confrontés les ménages varie en fonction de leur position sociale, alors les services fournis par la collectivité doivent également pouvoir varier. Le principe d'universalisme proportionné concilie un certain degré de ciblage des prestations avec le maintien de leur universalité. Par exemple, certaines prestations de santé qui s'adressent à l'ensemble de la population (PMI, santé scolaire, entretien prénatal précoce,...) peuvent être mises en œuvre de façon différenciée. C'est le cas lorsque les bilans de santé de la quatrième et de la sixième année de l'enfant sont proposés de façon plus fréquente ou plus approfondie en fonction des besoins locaux identifiés. Dans ce cas, l'universalité des prestations est maintenue, ce sont les modes d'intervention qui diffèrent.

Cela signifie notamment que les mesures ciblées en direction des populations les plus précaires ne doivent surtout pas être abandonnées. Dire que les inégalités de santé couvrent l'ensemble du gradient social ne doit pas conduire à occulter la problématique spécifique des personnes les plus en difficulté. Le lien entre santé et pauvreté reste spécifique : c'est dans les cas de vulnérabilité les plus importantes que l'impact des conditions de vie sur la santé est le plus immédiat. L'accompagnement des personnes les plus en difficulté requiert une organisation et des moyens spécifiques. C'est le sens de dispositifs comme les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes les plus démunies (PRAPS). Ils doivent être maintenus et soutenus.

Les exemples étudiés dans la seconde partie du rapport montrent que certaines politiques fonctionnent d'ores et déjà selon une logique graduée : l'exemple des services de PMI ou de médecine scolaire dans certains territoires en est une illustration. Dans une région comme le Nord-Pas-de-Calais, les deux services de PMI ont ainsi fait le choix de maintenir un maillage homogène de leurs implantations, sur la base des normes définies au niveau réglementaire. En revanche, l'intensité des actions proposées peut varier en fonction des besoins : la fréquence des consultations de PMI dépend ainsi des besoins identifiés sur chaque territoire. C'est également la logique des barèmes d'un certain nombre de prestations en direction des familles. Concevoir des interventions intensifiées peut aussi prendre sa place dans le cadre du développement social local, tant en termes quantitatifs (augmentation de ratios de personnels, multiplication des actions) qu'en termes qualitatifs – renforcements de compétences, ingénierie de projet, temps de coordination,...

Dans son rapport sur le bien-être des enfants¹³², l'OCDE va jusqu'à envisager de rééquilibrer les efforts en proposant par exemple de diminuer le nombre de visites prénatales, qu'elle considère comme un outil majeur de soutien à la fonction parentale, en direction des femmes de milieux favorisés afin de pouvoir les multiplier en faveur de femmes de milieu plus modestes.

La mise en œuvre de ce principe suppose que la partie universelle de l'offre de service soit utilisée au mieux pour repérer les besoins spécifiques. L'intensification des prestations peut ensuite s'appuyer, le cas échéant, sur des critères d'inégalités sociales ou territoriales. C'est le cas du dispositif MTDents de la CNAMTS.

En s'appuyant sur les travaux comparatifs menés par l'OCDE, les services aux familles pourraient donc être réévalués, pour voir dans quelle mesure ils pourraient être intensifiés en fonction des besoins, tout en gardant une base universelle. Les stratégies mises en œuvre à l'étranger fournissent également un certain nombre de cadres de référence utiles pour renforcer l'efficacité des actions. Il s'agit moins de mesures en tant que telles que de modalités de

¹³² Assurer le bien-être des enfants, op.cit.

construction des politiques dont les évaluations disponibles au niveau international soulignent la pertinence. Le fait d'agir de façon conjointe en direction des parents et des enfants, le plus tôt possible, dès la grossesse et au cours de l'enfance, en fait partie.

2.2. *Le respect de la sphère privée et l'utilisation prudente du gradient social comme cadre pour l'action*

La question des inégalités sociales de santé dans l'enfance amène à aborder des sujets touchant de près la sphère privée, les relations entre parents et enfants, et les comportements individuels. Des principes d'action doivent être clairement posés d'emblée, pour éviter que la façon d'agir ne nuise à l'objectif même de l'action, et ne remette en cause la légitimité de l'intervention publique.

Raisonnement en termes de déterminants sociaux de la santé ne doit pas conduire à stigmatiser certaines populations. Les difficultés d'exercice de la fonction parentale ne sont pas limitées aux familles précaires ou vulnérables – qui seraient d'emblée de « mauvais parents » – de même que la question des comportements en santé (alimentation, consommation de tabac et d'alcool) n'est pas l'apanage des catégories sociales défavorisées. Certaines populations sont confrontées à un cumul de difficultés qui augmente les risques auxquels elles sont exposées. Mais cibler sur elles l'action les désigne comme à part, au risque de les rendre prisonnières d'une image sociale dévalorisante. Le principe d'universalisme proportionné dans les prestations permet de répondre en partie à ce risque. Il doit s'accompagner d'une évaluation précise des besoins locaux et de leurs déterminants. Les facteurs de risque ne sont pas les mêmes d'un territoire à l'autre : plus ils seront appréciés finement, plus le ciblage des actions sera légitime.

De plus, **identifier des facteurs protecteurs ou néfastes pour la santé n'autorise pas la prescription de comportements aux personnes.** Au nom de la santé de la population, des actions visant à mieux connaître les modes de vie de certaines populations défavorisées et à agir sur les comportements peuvent prendre la forme d'un contrôle social contestable. Une étude du centre d'analyse stratégique publiée en mars 2010 en a souligné les effets pervers : des messages trop culpabilisants en matière de comportement alimentaire peuvent ainsi avoir un effet fortement anxiogène pour les individus les plus fragiles¹³³.

Enfin, l'action publique doit respecter la sphère privée. **L'appui à la fonction parentale ne doit pas conduire les professionnels à se substituer aux parents dans la relation avec l'enfant,** notamment dans les fonctions éducatives. Le travail social se trouve ici dans un délicat équilibre entre l'appui aux individus et le risque d'une intrusion dans la vie personnelle des familles¹³⁴.

Les principes d'action énoncés ci-dessus se reflètent largement dans les pratiques professionnelles des acteurs de la santé et de la petite enfance. Rappeler ces principes dans le cadre d'une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé est toutefois une nécessité pour lui donner la légitimité nécessaire dans un cadre où les débats sur l'action publique dans la sphère individuelle (les comportements alimentaires en sont un exemple) demeurent vifs.

Ces principes doivent donc être inscrits dans le document qui servira de support à la stratégie de réduction des inégalités sociales de santé (cf. infra partie 3.3.).

¹³³ Centre d'analyse stratégique, *Nouvelles approches de la prévention en santé publique*, mars 2010 : une étude de l'INPES montre que les ouvriers sont 5 fois plus nombreux à trouver les messages de prévention de l'obésité anxiogènes.

¹³⁴ Ces questions sont développées dans l'annexe consacrée au soutien à la parentalité.

Encadré : proposition de formulation des principes à inscrire dans un document présentant la stratégie de réduction des inégalités sociales de santé

Les autorités publiques contribuant à la stratégie de réduction des inégalités sociales de santé intègrent dans leur action les principes suivants :

- les actions en direction des enfants et de leurs familles sont organisées selon une logique d'universalisme proportionné : tout ménage peut disposer du même socle d'intervention, complété par des prestations spécifiques en fonction de ses besoins particuliers. Ces besoins doivent être appréciés le plus individuellement possible, de façon à ce que l'accompagnement des familles ne conduise pas à une stigmatisation de populations qui seraient considérées « à risque » ;
- une priorité est donnée à l'action la plus précoce possible en direction de l'enfant et de la famille ;
- les actions menées doivent prendre en compte conjointement, autant que possible, les besoins des enfants et ceux de leurs familles ;
- la place donnée aux parents dans les milieux de vie de l'enfant et dans les actions menées à leur endroit est un critère d'appréciation de la qualité des dispositifs mis en œuvre. Elle ne doit pas se contenter de proposer une information, mais offrir une participation active aux parents et plus largement aux personnes en charge de l'enfant ;
- identifier des facteurs protecteurs ou néfastes pour la santé n'autorise pas la prescription de comportements aux personnes ;
- l'appui à la fonction parentale ne doit pas conduire les professionnels à se substituer aux parents dans la relation avec l'enfant.

3. TROIS OPTIONS GRADUEES POUR UNE STRATEGIE

Une fois la stratégie et les principes adoptés se pose la question du cadre dans lequel les actions concrètes seront mises en œuvre. Plusieurs options peuvent être imaginées, en fonction du degré de formalisation et d'encadrement que l'on souhaite donner à la stratégie de réduction des inégalités de santé des enfants. La mission propose ci-dessous trois scénarios gradués, articulés autour des étapes suivantes :

- l'intégration des problématiques et des enjeux de la réduction des inégalités sociales de santé dans les différentes politiques publiques : il s'agit d'introduire un « réflexe santé » dans l'ensemble des politiques considérées ;
- la définition de priorités de santé déclinées en quelques grands objectifs, éventuellement dans un texte législatif ;
- la mise en place de cadres de référence par priorité et objectifs identifiés, assortis d'un dispositif de gouvernance plus ou moins formalisé.

3.1. *Un scénario de base : développer le « réflexe santé » dans les politiques publiques*

Un scénario de base consisterait à développer une « culture » des inégalités sociales de santé et de leurs déterminants dans les différentes politiques publiques. Si elle ne nécessite pas de formalisation juridique et de définition d'une stratégie d'ensemble, cette option n'en reste pas moins ambitieuse, au vu de la difficulté de la prise en compte de la santé dans les politiques publiques.

Parmi ces obstacles, la compréhension de ce que pourrait être une démarche de « santé dans toutes les politiques publiques » constitue une difficulté d'une nature particulière. La politique de la santé reste perçue comme une politique du ministère de la santé, et son extension au-delà de la sphère du soin ou de la prévention médicalisée est considérée comme complexe par des politiques ayant leur logique propre. Cet obstacle est moins présent dans le champ de compétences des collectivités territoriales, le lien entre santé et cadre de vie offrant une prise plus directe à l'action locale.

En témoignent l'implantation de réseaux territoriaux comme le Réseau des villes santé de l'OMS ou l'association « élus, santé, territoires »¹³⁵.

Plusieurs outils peuvent être mobilisés pour améliorer la prise en compte du « réflexe santé » dans les politiques publiques. Leur objectif commun est de mieux faire comprendre comment la santé peut non seulement ne pas bousculer les modes d'organisation de ces politiques publiques, mais même améliorer leurs conditions d'exercice.

3.1.1. Rendre visibles les inégalités sociales de santé et leurs déterminants, en exploitant et en valorisant la connaissance statistique et scientifique.

Cette mission doit être menée par le ministère de la santé pour les inégalités sociales de santé physique, et par les autres ministères pour les déterminants sociaux qui relèvent de leur champ. Elle rejoint les recommandations faites plus haut sur la mobilisation de la connaissance scientifique et statistique. Les hauts conseils des politiques publiques peuvent jouer un rôle utile de catalyseur en la matière, comme l'a montré la publicité autour du rapport du HCSP.

3.1.2. Etablir un argumentaire pour les différentes autorités en charge de politiques publiques, afin qu'elles puissent reconsidérer leurs objectifs en fonction de la question des inégalités sociales de santé.

Cette orientation part du constat que les actions interministérielles peuvent contribuer à la santé, mais qu'elles le font sans stratégie délibérée, et sans en identifier les conséquences. Intégrer davantage dans les choix de politique publique la question de leur impact sur les inégalités sociales de santé peut donc se faire sans changer fondamentalement le cadre de leur action. Pour cela, il faut établir des argumentaires à l'intention des différents acteurs : la direction générale de la santé doit s'associer pour les mettre au point avec les ministères et représentants des collectivités territoriales.

Cet argumentaire doit permettre de faire passer trois grands types de messages. Il faut d'abord expliquer ce que sont les déterminants sociaux de la santé, comment ils agissent et pourquoi une politique centrée sur les soins ne peut pas permettre de réduire à elle seule les inégalités de santé. Ensuite, il s'agit de montrer, exemples à l'appui, qu'une politique de santé n'est pas nécessairement une politique du ministère de la santé et qu'intégrer la santé dans toutes les politiques publiques permet d'agir sur la santé de façon plus efficace : des arguments d'économie de la santé doivent ici être mobilisés. Enfin, les principes d'action doivent être explicités.

3.1.3. Donner des exemples de pratiques qui ont montré leur efficacité et recommander des outils pour agir.

L'illustration du discours par des exemples concrets ayant fait la preuve de leur efficacité permettra d'étayer l'argumentation. Or certaines initiatives locales (ICAPS en matière de lutte contre le surpoids par exemple¹³⁶) ou internationales (les programmes d'intervention précoce en milieu préscolaire) ont fait l'objet d'une évaluation qui en montre les résultats intéressants. Ces exemples, de même que les cadres de références pour l'action identifiés au niveau international, doivent absolument être valorisés et expliqués.

Au niveau national, cela signifie que les structures jouant un rôle de centre de ressources en matière d'inégalités de santé – dont l'INPES et le CNFPT notamment – devront collecter, évaluer et présenter ces données. Pour que les acteurs chargés de la mise en œuvre territoriale des politiques publiques puissent s'inspirer de ces pratiques et de ces outils, la démarche devra s'appuyer sur les pôles de compétences régionaux en promotion et éducation à la santé¹³⁷, en lien avec les autres lieux de ressources territoriaux (de l'éducation nationale, des collectivités territoriales...).

¹³⁵ Voir à ce sujet le rapport général sur les inégalités sociales de santé.

¹³⁶ Cf. *supra*.

¹³⁷ 26 pôles de compétences en éducation et promotion de la santé fédèrent les compétences et ressources. Chaque pôle est porté par une association référente (Instituts régionaux pour la promotion et l'éducation à la santé, comités régionaux d'éducation à la santé ou fédération d'acteurs), qui l'anime et signe une charte avec les associations thématiques qui en sont membres.

3.1.4. Rendre visible ce qui est fait en matière de santé dans toutes les politiques publiques.

Réaliser un document de politique transversale « inégalités de santé » dans le cadre du projet de loi finances permettrait de matérialiser une approche décloisonnée des interventions sur la santé : cette option suppose toutefois de définir avec précision quels indicateurs et quels objectifs pourraient en relever, avec les difficultés que cela peut présenter. Plus simplement, il pourrait être demandé à chaque ministère, ainsi qu'aux différentes collectivités territoriales, de présenter dans le cadre des débats budgétaires annuels un bilan de leurs actions sur la santé.

3.2. Une option plus volontariste : inscrire un objectif de réduction des inégalités sociales de santé dans quelques politiques publiques sectorielles

Dans ce scénario, faire des inégalités sociales de santé un objectif inscrit dans quelques politiques publiques sectorielles relève d'une volonté affirmée par le gouvernement et inscrite dans un document commun donnant des lignes directrices aux différents ministères impliqués. Dégager les domaines d'intervention sur lesquels elle devra porter, puis engager les mises en œuvre nécessaires, demande de procéder en plusieurs grandes étapes.

3.2.1. Déterminer quelques politiques publiques prioritaires et leur fixer des objectifs visant à réduire les inégalités sociales de santé des enfants

Quelques politiques publiques sectorielles pourraient être retenues, en priorité, pour agir sur les inégalités sociales de santé des enfants. Par exemple, le choix pourrait être fait de privilégier trois politiques publiques particulières – la politique de soutien parental, les modes d'accueil, l'éducation scolaire des enfants. Ce choix des politiques publiques à revisiter avec un objectif explicite de réduction des inégalités de santé, accompagné de quelques pistes de travail envisageables, ne saurait être fait de façon arbitraire. Il doit résulter d'une réflexion collective organisée, pour laquelle trois procédés sont envisageables, de façon complémentaire ou alternative :

- **ouvrir un débat « citoyen » sur la question des inégalités sociales de santé :** la réduction des inégalités sociales de santé dépendra des actions menées au travers de plusieurs politiques publiques dont les finalités peuvent apparaître éloignées des questions de santé. D'une certaine manière, c'est une préoccupation collective qui devrait conduire à modifier des aspects du vivre ensemble. A ce titre, le sujet peut mériter un large débat ouvert aux citoyens, afin de favoriser une prise de conscience de l'existence de ce problème, de ses explications, de ses implications, et de dégager des pistes d'intervention à privilégier.

Plusieurs formes pourraient être données à ce débat « citoyen ». Des séminaires ouverts au public, pourraient être tenus dans une ou plusieurs régions, sous l'égide des préfets, et au niveau national. Un tel débat, cependant, pourrait faire courir un risque politique s'il n'était pas suivi de près par des dispositions concrètes. Par ailleurs, il peut se révéler difficile à conduire, tant l'existence des inégalités sociales de santé oblige à réexaminer bon nombre des logiques qui ordonnent des pans entiers de notre vie sociale ;

- **organiser une concertation la plus large possible entre l'Etat et ses partenaires :** la question des inégalités sociales de santé peut être comparée à celle de la défense de l'environnement. En effet, les inégalités sociales de santé ont sur le lien social un effet délétère dont il faut envisager les conséquences, au même titre que celles d'un environnement naturel dégradé. De la même façon qu'a pu se tenir un Grenelle de l'environnement, pourrait être envisagée une formule du même ordre sur le sujet des inégalités sociales de santé.

Le débat ainsi organisé réunirait l'Etat et ses nombreux partenaires - autorités publiques ou opérateurs, partenaires sociaux, élus - tous concernés par les interventions à engager pour réduire, au travers de diverses politiques publiques, les inégalités sociales de santé. Il devrait être tenu sous l'égide du premier ministre, assisté par le ministre de la santé. **Devront être définies au préalable par le gouvernement les grandes questions à soumettre à la concertation et le cadre dans lequel s'inscrit la réflexion.** Comme pour le débat « citoyen », le risque est grand de s'engager dans une telle voie si des dispositions concrètes ne sont pas prises à la suite des débats qui auront eu lieu. Il serait donc imprudent de retenir une telle option si le gouvernement ne dispose pas du temps suffisant pour ensuite agir, parce qu'il serait en fin de législature ;

- **constituer un groupe d'experts** : déterminer les pistes les plus efficaces pour réduire les inégalités sociales de santé, en s'appuyant sur les expériences étrangères, en prenant en compte les spécificités françaises, demande une expertise sérieuse. Un groupe d'experts, associant notamment des scientifiques d'origine étrangère, pourrait être constitué, à l'initiative du premier ministre, avec un secrétariat qui pourrait être tenu par les services du ministre de la santé. Ce groupe d'experts serait invité à établir un rapport adressé au gouvernement, précisant les politiques publiques à privilégier pour réduire les inégalités sociales de santé, et les objectifs qui pourraient être envisagés pour ce faire. Ce rapport serait rendu public.

Cette approche est moins participative et ne permettra pas, à elle seule, la prise de conscience collective que la mission appelle de ses vœux. Elle a cependant l'avantage d'être plus simple à mettre en œuvre. Les discussions nécessaires avec les partenaires de l'Etat se feront alors dans le cadre des concertations menées autour de la préparation des différentes politiques publiques qui seront retenues.

Le travail assuré par ce groupe d'experts pourrait aussi servir de matériau utile pour engager les discussions au sein d'un débat citoyen, ou dans le cadre d'une concertation de l'Etat avec ses partenaires, s'il n'était pas renoncé à l'un ou l'autre de ces deux moyens d'engager une prise de conscience collective des enjeux portés par la question des inégalités sociales de santé.

3.2.2. Préparer, au sein de quelques politiques sectorielles, l'inscription d'un objectif de réduction des inégalités sociales de santé des enfants

A la suite de l'une ou l'autre de ces approches permettant de déterminer la ou les politiques publiques à privilégier pour identifier un objectif de réduction des inégalités sociale de santé et le traduire en objectifs opérationnels, le ou les ministères concernés seront invités, par le gouvernement, à engager en conséquence la préparation de leur politique sectorielle.

Les dispositions, prises par tel ou tel ministère figureront dans un texte de loi que celui-ci portera sur son domaine de compétences, si cela se révèle nécessaire, ou dans un plan stratégique sectoriel. Ces initiatives, portant sur quelques déterminants de la santé, conçues par plusieurs porteurs de politiques publiques différentes, se développeront sans obéir à un plan d'ensemble plus complexe à élaborer. Chaque ministère devra engager à son initiative le travail interministériel nécessaire pour inscrire son projet dans le cadre d'une cohérence d'ensemble.

Les objectifs poursuivis dans le cadre de ces différentes politiques publiques agissant sur divers déterminants de la santé devront être chiffrés. Les moyens au service de leur mise en œuvre auront à être précisés. Les principes communs à adopter par toute politique publique devant prendre en compte un objectif de réduction des inégalités sociales de santé, définis lors de la phase de concertation préalable, devront être rappelés.

3.2.3. Définir les plans d'action ou « feuilles de route » mettant en œuvre l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé porté par chacune de ces politiques sectorielles

La stratégie adoptée dans le cadre de telle ou telle politique publique pour réduire les inégalités sociales de santé devra faire l'objet d'un plan d'action, d'une « feuille de route », détaillant les mesures concrètes à prendre, avec leur calendrier prévisionnel, l'organisation du pilotage nécessaire, les moyens mobilisés en conséquence, les éléments de suivi et d'évaluation retenues.

3.2.4. Suivre les résultats obtenus

Chaque politique publique, se donnant parmi ses objectifs traditionnels celui de réduire les inégalités sociales de santé des enfants, procédera à un suivi de ses actions et des moyens engagés.

Ce suivi peut être organisé de deux façons. Il peut relever de la seule responsabilité de l'autorité publique conduisant la politique en cause. Dans le cas où serait mis en place au niveau national le groupe d'experts vu plus haut, ce dernier pourrait être réuni pour se voir confier cette tâche de suivi des moyens engagés et des résultats obtenus.

Ce scénario 2 a l'avantage de ne pas exiger la préparation d'une loi de santé et de revoir l'organisation de la gouvernance des politiques publiques en faveur de la santé. Il n'impose pas un travail collectif interministériel toujours difficile à organiser. Chaque autorité publique, sur la base d'un diagnostic partagé de la situation des inégalités sociales de santé et de leurs conséquences, développe sa propre stratégie pour apporter sa contribution à leur réduction.

Cette option définie par le scénario 2 peut présenter le risque de déboucher sur des politiques parallèles, agissant sur quelques déterminants de la santé. Elle permet cependant de progresser sur un sujet qui exige de ne pas s'en tenir au *statu quo*.

3.3. Une option structurée par une loi de santé

Le scénario 3 préconise l'adoption d'une loi de santé retenant parmi ses priorités celle d'une réduction des inégalités sociales de santé.

Il s'agit en effet ici de déterminer une volonté commune de réduction des inégalités sociales de santé. C'est pourquoi il faut ici en passer par une loi, seul moyen de faire de ce sujet une priorité pour les engagements publics susceptibles d'avoir des effets sur la santé. Une loi est aussi le moyen de fixer les principes d'action auxquels il est essentiel de se référer.

Comme dans le scénario 2, une prise de conscience collective des problèmes posés par les inégalités sociales de santé est nécessaire. Elle se fera selon une des trois approches proposées : un débat « citoyen », une concertation de l'Etat avec ses partenaires, un groupe d'experts. Ces trois approches ne sont bien sûr pas incompatibles entre elles.

A partir des enseignements tirés d'un débat sur les inégalités sociales de santé, intégré ou non à une approche plus générale des problèmes de santé de la population, un projet de loi sur la santé sera préparé. Parmi ses priorités pourrait figurer la réduction des inégalités sociales de santé. La loi dira quels sont les déterminants de la santé sur lesquels il conviendrait d'agir, avec quel projet et pour obtenir quels résultats. Elle fixera les principes communs à adopter par toute politique publique devant prendre en compte un objectif de réduction des inégalités sociales de santé. Elle indiquera les moyens globaux qui seront mobilisés au service de ses différentes priorités. Une annexe déterminera, pour chacune de ses priorités, les grands objectifs correspondants à se donner, chiffrés autant que possible.

A partir de cette loi matricielle, chaque autorité publique dont les responsabilités portent sur un ou plusieurs déterminants impliqués dans la réduction des inégalités sociales de santé, aura à établir sa stratégie en conséquence, à préciser sa feuille de route. Les modalités des complémentarités nécessaires entre ces différentes stratégies sectorielles auront été fixées par la loi de santé.

La préparation d'une telle loi de santé peut se concevoir sans rien modifier du mode de gouvernance actuelle. Cette solution aurait l'avantage de la simplicité, même s'il est vrai que le mode de gouvernance actuelle de la préparation des lois présente des limites pour développer le travail interministériel nécessaire.

Cependant, il peut apparaître utile de procéder à une révision du mode de gouvernance des politiques publiques interministérielles au niveau national. Ces modifications de la gouvernance susceptibles de faire partie de ce scénario 3 ne seront pas détaillées dans le présent rapport. Il est possible à ce sujet de se référer au rapport sur l'élaboration de la politique nationale de santé établi à la demande du ministre du travail et du ministre de la santé en juillet 2010¹³⁸.

La révision possible du mode de gouvernance trouverait sa raison d'être dans la nécessité d'organiser un travail interministériel rigoureux afin de préparer la loi de santé. Deux types de besoin apparaissent alors, celui de disposer d'un pilotage opérationnel du processus de préparation de la loi et celui d'établir un maximum d'accords et de compromis laissant à l'arbitrage politique final le soin de trancher le moins possible de différents entre les différents ministères concernés.

- ***Un comité de pilotage administratif de la politique nationale de santé serait à prévoir pour :***
- réunir les données nécessaires sur les inégalités sociales de santé et leurs déterminants ;
 - concevoir la méthode de travail interministérielle ;
 - assembler les propositions de rang législatif de chaque ministère pour établir un projet de loi ;
 - suivre la mise en œuvre de la loi votée.

Ce comité de pilotage, dont la position par rapport au ministère de la santé et au premier ministre est à préciser, devra travailler bien sûr avec un groupe d'experts déjà cité, avec le Haut conseil de la santé publique (HCSP), avec tout organisme d'expertise et de conseil utile.

➤ ***Un lieu interministériel de préparation de la décision***

Une instance réunissant les directeurs des différentes administrations centrales relevant de plusieurs ministères concernés par la préparation de la loi de santé devrait donc être envisagée. Elle serait chargée :

- de valider la méthode de travail interministérielle proposée par le comité de pilotage opérationnel ;
- d'examiner et de discuter le projet de loi avant qu'il soit soumis à la décision ministérielle qui conduira à le présenter au vote du parlement ;
- d'apprécier les résultats de l'évaluation de la mise en œuvre de la politique nationale fixant, parmi ses priorités, celle de réduire les inégalités sociales de santé.

Une telle instance serait destinée à valider les conditions d'un travail interministériel des services centraux. Elle tenterait de rapprocher autant que possible des points de vue divergents, avant de passer à la phase des arbitrages en RIM et en conseil des ministres.

¹³⁸ Rapport sur les conditions d'élaboration et de mise en œuvre de la politique nationale de santé. Alain Lopez Juillet 2010. IGAS.

4. AGIR SUR LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE A PARTIR DU NIVEAU LOCAL

4.1. *Mettre en place des actions coordonnées sur les déterminants de la santé ne peut se faire qu'au niveau local*

Agir sur plusieurs déterminants de la santé à la fois exige de faire du sur-mesure. Les dispositions trop générales, arrêtées loin des réalités locales, risquent de manquer leurs cibles ou de bénéficier aux populations qui ne sont pas forcément les plus en difficulté sur le plan social et économique. Certaines grandes campagnes nationales de prévention en sont une illustration. Une évaluation par le centre d'analyse stratégique des campagnes d'information sur l'obésité souligne cette difficulté : « *ce sont les publics les plus concernés qui sont les moins touchés par les campagnes (les familles peu sensibilisées à la nutrition, les enfants les plus jeunes ou en situation de surpoids), ce qui tend à accroître les inégalités de santé* »¹³⁹.

Les expériences étrangères montrent que c'est au niveau de la commune ou de l'agglomération que se pilotent le plus finement les différentes actions complémentaires dans les domaines du logement, de l'éducation, du soutien parental, ou encore de l'accès aux soins et à la prévention. Une étude de l'INPES sur les ateliers santé ville illustre l'intérêt d'une stratégie locale : « *[...] dans le cadre de démarches ASV, les liens entre situation sociale, économique, familiale et difficultés rencontrées sur le plan de la santé peuvent être appréhendés à partir des trajectoires singulières des personnes [...]. La proximité des publics, la mobilisation des données et le croisement des regards des professionnels permettent d'approcher cette dimension des vulnérabilités et de sortir d'un certain fatalisme ou déterminisme social* »¹⁴⁰.

Encadré : deux exemples d'actions locales sur les déterminants sociaux de la santé

A Marseille, les deux ateliers santé ville (ASV Marseille centre ville et ASV Marseille Nord) mis en place dans le cadre du contrat urbain de cohésion sociale mobilisent les services de l'Etat, la commune le conseil régional et la caisse primaire d'assurance maladie au sein d'un comité de pilotage local. Il a pour objet d'établir un diagnostic sanitaire et social, élaboré notamment en consultant les professionnels sanitaires et sociaux et les habitants. Sur la base de ce diagnostic, un plan local de santé public définit les priorités locales et les actions qui les mettent en œuvre. Parmi les thématiques retenues figurent l'accès aux soins (informations, accompagnement, dépistage), la nutrition (avec des actions d'information et de formation auprès des parents dans les centres sociaux et en PMI, pour favoriser la transmission intergénérationnelle de comportements alimentaires favorables à la santé), des actions sur le lien social avec les bailleurs (pour repérer notamment les situations d'isolement), ou encore la création d'un réseau santé habitat.

Au Royaume-Uni, 250 programmes locaux « Sure Start » ont été expérimentés en 2002 pour agir de façon concertée auprès de 18 % des enfants pauvres de moins de cinq ans d'Angleterre. Chaque programme était piloté par un conseil local composé de représentants des services de santé, des services éducatifs, des services sociaux, d'associations, du secteur privé et enfin des parents. Au départ, ces programmes ne relevaient pas d'un protocole d'intervention unique mais devaient tous fournir les services suivants : rechercher des familles pouvant bénéficier de prestations sociales mais n'en faisant pas la demande ; fournir un service intégré de développement de la petite enfance avec des services d'accueil du jeune enfant intensifs et de qualité ; fournir des soins primaires et de l'éducation à la santé. Suite à une évaluation contrastée de cette première expérience (les enfants de trois ans les plus défavorisés et leur famille ne réussissaient pas aussi bien dans les secteurs bénéficiant du programme, mais celui-ci avait des effets positifs sur les enfants et les familles un peu moins défavorisés), l'initiative a évolué à partir de 2006 en mettant en place de véritables centres intégrés pour les enfants. Les dernières évaluations disponibles montrent des résultats positifs à cinq ans pour l'ensemble des enfants concernés.

¹³⁹ Centre d'analyse stratégique, *Lutte contre l'obésité : repenser les stratégies préventives en matière d'information et d'éducation*, Note de veille n°166, mars 2010.

¹⁴⁰ M. Joubert, P. Chauvin, C. Richard, « Ateliers santé ville : intersectorialité et réduction des inégalités à l'échelon local », *Réduire les inégalités sociales en santé*, INPES

De telles expériences éclairent l'intérêt d'une stratégie locale de réduction des inégalités sociales de santé :

- **en termes de diagnostic**, partir du niveau local permet d'apprécier les besoins, de construire les diagnostics et d'élaborer les actions au plus près des populations considérées ;
- **en termes de collaboration**, faire en sorte que des acteurs de statut différent, intervenant autour de politiques différentes, déclinent des objectifs communs dans des actions coordonnées, ne peut se faire qu'au niveau local.

4.2. *Faire travailler ensemble les acteurs locaux implique de remplir un certain nombre de conditions*

Toute la question est de savoir comment faire travailler ensemble des acteurs différents – Etat, collectivités territoriales, organismes de sécurité sociale, associations – qui portent des politiques complexes. Sans entrer dans l'organisation précise de telles collaborations, qui n'entrait pas dans le champ de ses travaux, la mission a essayé d'identifier quels principes devraient guider leur mise en place, et à quels besoins elles devraient répondre.

Le premier besoin est d'établir un petit nombre de principes et d'objectifs communs, connus et mobilisateurs. Agir le plus en amont possible des difficultés, mettre l'accent sur des programmes préscolaires intensifs, organiser les prestations selon une logique d'« universalisme proportionné » en font partie. Ils doivent s'inscrire dans une stratégie dont les principes et les lignes directrices relèvent d'une politique nationale, et qui doit permettre de porter un discours commun quelles que soient les actions mises en œuvre. La mission a proposé trois scénarios gradués pour ce faire.

Si le discours, les principes et les grandes orientations sont portés par le niveau national, le niveau local doit disposer d'une marge de manœuvre la plus large possible. L'exemple des programmes Sure Start en est une illustration. Cela doit permettre d'adapter l'action aux besoins analysés et de faire en sorte qu'elle soit acceptée par ses bénéficiaires. Cela suppose que les objectifs nationaux laissent au niveau local des possibilités de choix tant sur le plan de leur déclinaison que sur celui des procédés retenus pour les mettre en œuvre. Des initiatives complémentaires, s'inscrivant dans les compétences propres des collectivités territoriales, doivent aussi pouvoir s'ajouter aux priorités nationales.

Les autorités publiques territoriales doivent être en mesure de coordonner leurs stratégies et leurs actions, dans les cas où cela s'avérerait nécessaire. Cette coordination commence par l'établissement d'un diagnostic partagé de l'état des inégalités sociales de santé, de la situation des déterminants en cause, de l'efficacité des actions déjà engagées. Un certain nombre d'outils de diagnostic existent déjà, correspondant à chaque fois à une politique ou un besoin spécifique : analyse des besoins sociaux par les centres communaux d'action sociale, diagnostics réalisés dans le cadre des contrats enfance jeunesse, des contrats urbains de cohésion sociale ou des projets locaux de santé. A cela s'ajoute la mise en commun de données au sein des plates-formes de l'observation sanitaire et sociale¹⁴¹. **Les outils de diagnostic existants doivent pouvoir être utilisés, à condition d'intégrer la question du gradient social.** L'échelle pertinente pour de tels diagnostics est la commune ou la communauté de communes. Le niveau régional doit pouvoir apporter des moyens financiers, une aide méthodologique et les compétences nécessaires pour mener à bien ces diagnostics.

Sur la base de ce diagnostic partagé, les autorités publiques territoriales ont à s'expliquer sur les interventions qu'elles conduisent afin de rechercher des complémentarités utiles. Localement, les services seront plus efficaces s'ils conjuguent leurs interventions avec des objectifs communs, chaque fois que cela est justifié.

¹⁴¹ Voir à ce sujet les propositions consacrées au développement de l'observation et de la connaissance.

Les autorités publiques territoriales doivent également disposer d'outils pour concevoir des projets d'intervention et les conduire. Plusieurs mécanismes mériteraient d'être développés :

- **le recours au contrat** : des modèles existants, tels les contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) et les contrats locaux de santé voulus par la loi HPST, ou les contrats enfance jeunesse doivent pouvoir être utilisés (voir encadré ci-dessous), en intégrant des objectifs de réduction des inégalités sociales de santé dans l'enfance. Dans le cas des CUCS, où le degré de maturité du volet « santé » demeure inégal, la contractualisation doit s'accompagner d'un renforcement de la capacité à monter des actions concrètes, en lien avec les priorités régionales de santé ;
- **le recours à des référentiels d'action dont l'efficacité a été vérifiée**, en France ou à l'étranger. C'est à l'échelle de la région que doit s'organiser un centre ressource sur ces questions. Les différents pôles de compétences régionaux (pôles de compétence en prévention et éducation de la santé, CNFPT, centres régionaux de documentation pédagogique de l'Education nationale) doivent pouvoir y participer. C'est également à ce niveau que peuvent s'organiser l'analyse des pratiques, les échanges sur les projets innovants, les formations... ;
- **la mobilisation des compétences d'ingénierie** : localement, les différentes autorités publiques doivent pouvoir mettre en commun leurs méthodes et procédés pour agir sur les déterminants de la santé. A titre d'exemple, les compétences des agences régionales de santé peuvent être mobilisées pour aider les collectivités territoriales à élaborer des politiques publiques qui prennent mieux en compte les questions de santé ;
- **le suivi et l'évaluation des actions menées par l'organisateur de l'action publique qu'est le maire doivent être organisés**. Cette organisation est à concevoir au niveau communal, pour apprécier la pertinence et l'efficacité des mesures mises en œuvre par la commune, mais aussi au niveau régional et départemental, à des fins comparatives.

Encadré : les outils de contractualisation

On peut schématiquement distinguer deux grands types de contractualisation :

– **une contractualisation visant à développer un projet territorial cohérent**, sur le modèle des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) et des contrats locaux de santé. L'article L.1434-17 du code de la santé publique dans sa rédaction issue de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) du 21 juillet 2009 que *«la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social»*. Ciblant en première ligne des services de santé, ils porteraient prioritairement sur des déterminants comportementaux et de recours et d'accès aux soins. Par ailleurs, les questions de santé à l'école y sont présentes. Le cahier des charges des CLS, en cours d'élaboration par une mission d'appui nationale, pourrait ainsi intégrer un axe portant sur la réduction des inégalités sociales de santé dans l'enfance ;

– **une contractualisation visant à cofinancer une offre de services, en orientant ses objectifs** : les contrats enfance jeunesse relèvent de cette seconde approche. Outil de la politique d'action sociale de la CNAF, ce contrat a pour objet de *« développer l'offre d'accueil en faveur des enfants et des jeunes, d'accentuer l'aide en direction des territoires et des publics les moins bien servis par l'offre d'accueil, de soutenir les collectivités territoriales dans leur projet et de maîtriser l'évolution des dépenses »*¹⁴². Les CEJ permettent donc de faire évoluer l'offre en matière de prestations pour l'enfance et la jeunesse en fonction d'un diagnostic territorial préalable. Ils sont en revanche élaborés dans le cadre d'une politique d'investissement avec un partenaire particulier de la CAF, et ne peuvent pas servir à coordonner des politiques publiques sur un territoire donné. La partie du rapport consacrée à l'accueil du jeune enfant montre comment une préoccupation de lutte contre les inégalités sociales de santé pourrait y être intégrée.

¹⁴² Source : CNAF.

4.3. *La segmentation actuelle des autorités publiques territoriales complique la définition de stratégies cohérentes*

Les autorités publiques compétentes localement pour agir sur les différents déterminants de la santé sont nombreuses et exercent leurs responsabilités à des échelles territoriales différentes. Certaines de ces autorités sont décentralisées, d'autres déconcentrées. Dans le domaine de la prévention, la PMI relève de la compétence du conseil général, la santé scolaire de l'éducation nationale, la pédopsychiatrie de l'ARS. Dans le domaine de l'accueil des jeunes enfants, le conseil général, la CAF et la commune ont chacun des responsabilités complémentaires (agrément des assistantes maternelles et sécurité de l'accueil, financement des modes d'accueil, offre d'accueil collectif...). L'éducation nationale, par les choix qui sont les siens dans le développement de la préscolarisation, joue aussi un rôle sur ce sujet.

Cette situation oblige à organiser localement des formes différentes de partenariat, adaptées au domaine d'intervention considéré, aucune autorité publique ne pouvant à elle seule maîtriser une mission dans son entièreté. Lors de ses investigations, la mission a observé deux limites des partenariats existants :

- **ils sont souvent de nature fragile ou peu structurés.** Ils dépendent en général de la bonne volonté de chacune des autorités publiques en présence. Ils demandent du temps pour se construire, mais peuvent se défaire très vite. L'exemple du programme régional de santé publique du Nord-Pas-de-Calais illustre cette difficulté¹⁴³. Quand ils existent, parce qu'ils sont nés des initiatives des acteurs locaux eux-mêmes, ces partenariats peuvent parfois être particulièrement inventifs et dynamiques. La mission a pu le constater dans le cadre de ses déplacements en région ;
- **pour se maintenir, ils doivent être nourris par des projets extrêmement concrets.** Dans le domaine de l'accueil du jeune enfant, la CDAJE, créée pour travailler la cohérence des stratégies mises en œuvre par les différentes autorités publiques, connaît un dynamisme variable selon les territoires. De la même manière, les expérimentations de schémas départementaux de l'enfance aboutissent souvent à de grandes orientations insuffisamment opérationnelles. Des projets concrets, comme le numéro d'enregistrement unique des demandes d'accueil, s'avèrent beaucoup plus opérationnels, comme le montre l'évaluation réalisée par la CNAF.

Avec la création des ARS, une forme de coordination entre les autorités publiques locales va être expérimentée dans le champ des politiques de santé. Le comité régional de coordination des politiques de prévention réunira autour du directeur général de l'ARS le président du conseil régional, les préfets, les présidents des conseils généraux, les maires des grandes villes, les responsables des organismes de sécurité sociale. Il est difficile de savoir si cette approche permettra véritablement de rapprocher les stratégies conduites par chacun. Le comité de coordination devrait quoi qu'il en soit être un lieu de relais fort des principes et des orientations nationales, et permettre de proposer une « offre de services » aux différents acteurs.

¹⁴³Ciblant initialement les enfants et les jeunes jusqu'à 25 ans, il s'est limité par la suite à la petite enfance et a restreint son champ d'action suite à des évolutions institutionnelles et aux contraintes budgétaires.

4.4. Renforcer la fonction stratégique du niveau communal

4.4.1. La commune ou l'intercommunalité doit pouvoir être l'organisateur de l'action publique sur les inégalités sociales de santé dans l'enfance

Déplacer vers la commune le « centre de gravité » en matière de définition d'une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé est justifié par le fait que l'action sur les déterminants de santé nécessite d'être conçue et conduite au plus proche de la population et de ses besoins. En outre, réduire les inégalités sociales de santé des enfants passe par l'action sur plusieurs déterminants à la fois et le maire, du fait des compétences qui sont déjà les siennes, peut déterminer une bonne complémentarité des efforts nécessaires à engager.

Cette question doit pouvoir être envisagée de façon souple en fonction des territoires, le département pouvant être dans certains cas plus adapté que l'échelon communal pour remplir ce rôle.

Mais, faire de la commune ou de l'intercommunalité l'organisateur de l'action publique menée pour réduire les inégalités sociales de santé des enfants suppose de remplir deux conditions :

- les autorités publiques régionales et départementales, déconcentrées et décentralisées, doivent pouvoir contractualiser avec les communes sur un certain nombre de responsabilités relevant de leurs compétences pour que celles-ci puissent adapter la stratégie voulue aux réalités locales et retenir les procédés leur paraissant les plus efficaces dans leur situation particulière. Les délégations de compétences dont bénéficient certaines communes en matière d'aide sociale à l'enfance, sur la base d'une convention avec le conseil général, rentrent dans cette logique. Cette situation, appréciée sur le plan territorial, doit permettre de prendre en compte les diverses caractéristiques de leur population ainsi que l'acceptation locale des solutions envisageables ;
- les communes doivent pouvoir mobiliser, dans le cadre de ces délégations ou règles contractuelles avec d'autres autorités publiques, les moyens humains et financiers permettant d'agir. Par exemple, le Maire doit pouvoir mobiliser la santé scolaire et la PMI de façon à obtenir plus sûrement une action coordonnée entre ces deux services.

Le principe de telles délégations doit être fixé au niveau national, de même que leurs modalités d'application principales. Le contenu précis de ces délégations dépendra de négociations locales à mener entre le Maire, les responsables locaux des administrations déconcentrées de l'Etat concernées, le directeur de la CAF, le président du conseil général.

4.4.2. Les autorités publiques régionales et départementales, déconcentrées et décentralisées, doivent pouvoir fixer des orientations et les évaluer

4.4.2.1. Option 1 : Le développement de partenariats sur la base de libres accords locaux

Aujourd'hui, les partenariats nécessaires à une bonne coordination des stratégies et de l'action se construisent en fonction des besoins locaux estimés par les intéressés eux-mêmes. Ces approches peuvent être poursuivies, évitant ainsi de s'engager dans une recombinaison complexe de l'organisation locale des différentes autorités publiques existantes ou une nouvelle répartition des compétences entre elles.

En faisant clairement du maire l'organisateur de l'action publique sur ces sujets, on peut penser que la recherche d'une meilleure cohésion des autorités publiques concernées au niveau régional et départemental, sera moins indispensable. En effet, la dispersion des mesures sectorielles aura au niveau local un unificateur, le maire, capable de veiller, quand elles se traduisent par des actions concrètes, sur leur cohérence d'ensemble.

4.4.2.2. Option 2 : La conception d'une gouvernance plus solidaire

Trop de parallélisme entre différentes mesures sectorielles peut faire craindre un rapprochement au niveau local difficile, si une certaine convergence des stratégies déterminées n'est pas déjà obtenue au niveau régional et départemental.

Dans le domaine de la santé, avec la création des ARS a été recherchée une cohésion plus grande de l'autorité publique compétente. Le même projet pourrait être envisagé, cette fois-ci pour l'action sociale en faveur des enfants. A été avancée l'idée de constituer, au niveau des départements, un service public de l'enfant réunissant des compétences et des moyens aujourd'hui répartis entre les services de l'Etat, les CAF, les collectivités territoriales. La mission a considéré que l'expertise d'un tel projet relevait d'un rapport en tant que tel.

Alain LOPEZ

Marguerite MOLEUX

Dr Françoise SCHAETZEL

Claire SCOTTON

Annexe n°1 : lettre de mission



Ministère de la Santé et des Sports

Le Ministre

Paris, le 22 OCT. 2010

CAB 3 -- Me. D. 10-9213

La ministre de la santé et des sports

à

Monsieur l'inspecteur général
Chef de l'inspection générale
des affaires sociales

OBJET : Mission sur les déterminants des inégalités sociales de santé : application au champ de l'enfance.

Je vous ai confié une mission en avril 2010 sur les inégalités sociales de santé. Vous m'avez remis un rapport intermédiaire en août 2010 faisant état de propositions, certaines spécifiques au système de santé, d'autres dans la lignée du concept de « santé dans toutes les politiques ». Vos propositions sont analysées par mes services afin d'en établir la faisabilité et les modalités de leur mise en œuvre.

Je souhaite que vous poursuiviez, selon votre proposition, cette mission, en contextualisant vos recommandations au champ de l'enfance. En effet, déterminer une politique de prévention et de réduction des inégalités sociales de santé exige de bien connaître les déterminants de ces inégalités, d'en objectiver les effets et de disposer de leviers d'action. Dans ce sens, il peut être utile d'examiner la situation de l'enfance, période déterminante dans le développement des inégalités de santé au sein de la population, comme l'ont montré les données scientifiques accumulées au cours des vingt dernières années.

Je vous demande donc d'examiner plus précisément les déterminants des inégalités sociales de santé agissant au cours de l'enfance, et la façon dont ils sont pris en compte concrètement par les politiques publiques.

En analysant l'exemple d'actions menées sur les déterminants des inégalités de santé constitués dans la période de l'enfance, vous chercherez à tirer des enseignements utiles pour la définition et la conduite de stratégies plus larges concernant la totalité de la population. Vous donnerez ainsi un contenu démonstratif aux propositions faites dans votre travail précédent.

De plus, au-delà de cette illustration concrète, vous analyserez et modéliserez la méthode que vous aurez employée pour définir une politique efficace de prévention et de réduction des inégalités sociales de santé afin de pouvoir la transposer à d'autres populations.

2

Vos investigations s'appuieront sur des déplacements dans des territoires choisis à la fois en fonction de leurs caractéristiques socio-économiques et des stratégies qui y sont mises en œuvre.

Les services compétents du ministère de la santé, se tiennent à la disposition de votre mission pour lui apporter toute information utile à son bon déroulement.

Je souhaite que vous m'alertiez de toute difficulté rencontrée dans l'exercice de votre mission et me rendiez compte des conclusions de vos travaux en février 2011.



Rosclyne BACHELOT-NARQUIN

Annexe n°2 : liste des personnes rencontrées

1. ADMINISTRATIONS CENTRALES ET AUTORITES ADMINISTRATIVES INDEPENDANTES

- **Ministère du travail, de l'emploi et de la santé**

Cabinet du ministre

M. Julien Emmanuelli, Conseiller santé publique

M. Loïc Josseran, Conseiller santé publique auprès de la secrétaire d'Etat

Direction générale de la santé

Mme Nicole Matet, Bureau des maladies chroniques, de l'enfant et du vieillissement, Chargée du dossier Périnatalité

Mme Catherine Paclot, Bureau des maladies chroniques, de l'enfant et du vieillissement, Chargée de la santé des enfants

Mme Brigitte Lefeuvre, Bureau des maladies chroniques, de l'enfant et du vieillissement, Chargée de la santé des enfants

et leurs collaborateurs

DREES

Mme Lucile Olier, Sous-directrice Observation de la santé et assurance maladie

- **Ministère des solidarités et de la cohésion sociale**

Cabinet de la ministre

Mme Linda Cambon, Conseiller technique

Direction générale de la cohésion sociale

M. Pierre-Yves Eyraud, Chef du bureau protection de l'enfance

et ses collaborateurs

- **Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative**

Direction générale de l'enseignement scolaire

Mme Nadine Neulat, Chef du bureau santé, action sociale et sécurité

Mme Patricia Bristol-Gauzy, Infirmière conseiller technique

Mme Martine Carn, conseillère technique service social

Mme Jeanne-Marie Urcun, Médecin conseiller technique

Inspection générale de l'Education nationale

Mme Viviane Bouysse

M. Philippe Claus

Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR)

Mme Christine Szymankiewicz

Haut Conseil de l'Education

M. Christian Forestier, administrateur général du Conservatoire national des arts et métiers

- **Défenseur des enfants**

Mme Dominique Versini, Défenseur des enfants

Mme Odile Naudin, Conseillère

- **Haut conseil de la famille**

M. Bertrand Fragonard, Président

M. Gautier Maigne, Secrétaire général

Mme Frédérique Leprince

- **INPES**

M Pierre Arwidson, direction scientifique

Mme Sandrine Broussouloux, chargée de mission

et leurs collaborateurs

2. SERVICES DECONCENTRES DE L'ETAT

- **Ministère du travail, de l'emploi et de la santé**

DIRECCTE du Nord-Pas-de-Calais

M. Philippe Lemaire, Directeur adjoint

- **Ministère des solidarités et de la cohésion sociale**

DRJSCS du Languedoc-Roussillon

M. Jean-Pierre Rigaux, Directeur

Mme Eva Beccaria, Correspondante régionale sport de haut niveau

M. Olivier Coste, Mission sport et santé

Mme Sylvie Maillé, Cellule observation, veille et études

DRJSCS du Limousin

Mme Françoise Delaux, Directrice

Mme Lise-Marie Luneau, Responsable du développement social territorial

Mme Sophie Haquin, Conseillère technique en travail social

Mme Solange Delalande, Conseillère technique en travail social

DDCSPP de la Corrèze

M. Pierre Delmas, Directeur adjoint

Mme Marie-Pierre Pommereul, contractuelle

DDCSPP de la Haute-Vienne

Mme Béatrice Mottet, Directeur adjoint

Mme Caroline Zellmeyer, Service insertion et logement

DRJSCS du Nord-Pas-de-Calais

Mme Estelle Leprêtre, Responsable du pôle sports

Mme Catherine Mazur, Responsable du service des professions sociales

Mme Valérie Avella, Conseillère d'animation sportive

Mme Béatrice Unal, Conseillère technique de service social

DDCS du Pas-de-Calais

M. Marc Crunelle, Directeur départemental adjoint

- **Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative**

Académie de Lille

Mme Michèle Vanhoenacker, Infirmière conseiller technique auprès du recteur

Mme Brigitte Weens, Médecin conseiller technique départemental du Nord

Mme Caron, conseiller médical auprès de l'inspecteur d'académie du Pas de Calais

Académie de Limoges

M. Alain Prinsaud, Inspecteur de l'Education nationale préélémentaire

Mme Isabelle Dolodille, Médecin conseiller technique départemental de Haute-Vienne

Mme Véronique Brun, Infirmière conseiller technique départemental de Haute-Vienne

Académie de Montpellier

Mme Anne-Monique Petitjean, Inspectrice pédagogique régionale des établissements et de la vie scolaire

M. Hervé Regnier, Inspecteur adjoint de l'Education nationale

Mme Anne Narboni, Médecin conseiller technique auprès du recteur

Mme Geneviève Lemonnier, Infirmière conseillère technique auprès du recteur

Mme Josiane Constans, Conseillère technique de service social auprès du recteur

- **Ministère de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement**

DREAL du Limousin

Mme Marie-Isabelle Allouch, Chef du service construction, habitat et logement durables

DREAL du Nord-Pas-de-Calais

M. Frédéric Baudouin, Chef du service des risques

M. Yacine Kherachi, Chargé de mission parc privé habitat indigne

- **Ministère de la justice et des libertés**

DDPJJ de la Haute-Vienne

Mme Dominique Massonie, Infirmière territoriale

3. AGENCES REGIONALES DE SANTE

Agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon

M. Henri Corvez, Directeur de la stratégie

Mme Laurence Marian, Directrice des projets stratégiques

Mme Suzanne Gugliemi, Responsable du pôle prévention et promotion de la santé

M. Jean-Paul Guyonnet, Médecin inspecteur

M. Frédéric Jacquet, Médecin inspecteur

Agence régionale de santé du Limousin

M. Michel Laforcade, Directeur général

M. Laurent Verin, Directeur général adjoint

M. Gilles Auzémery, Conseiller médical

M. Jean Jaouen, Directeur de la santé publique

Mme Evelyne Milor, Médecin inspecteur de santé publique

Mme Marie-Hélène Desbordes, Médecin inspecteur de santé publique

Agence régionale de santé du Nord-Pas-de-Calais

M. Daniel Lenoir, Directeur

M. Jean-Claude Westermann,

Mme Elisabeth Vérité,

M. Michel Vandevelde, Médecin de santé publique

4. COLLECTIVITES TERRITORIALES

4.1. Associations nationales

- **ADF**

Mme Nathalie Alazard, Chargée de mission

- **AMF**

Mme Elisabeth Laithier, Adjointe au maire de Nancy en charge des politiques de l'enfance

4.2. Ile-de-France

- **Mairie de Montreuil**

M. Mamadou Barry, Conseiller municipal délégué à la petite enfance

M. Gilles Hayoun, Directeur général adjoint des services

M. Vincent Bulan, Directeur de la petite enfance

Mme Catherine Pilon, élue responsable à l'éducation

4.3. Languedoc-Roussillon

- **Conseil général de l'Hérault**

M. Didier Marcon, Directeur adjoint du pôle solidarité
Mme Catherine Roucaute, Directrice de la PMI
Mme Anne Alauzen, Adjointe à la directrice de la PMI
Mme Nadia Rachedi, Médecin de PMI, Chef de service
Mme Sylvie El Hajji, Médecin de PMI

- **Ville de Montpellier**

M. André Jean, Directeur de la réussite éducative, de la jeunesse et des sports
M. Henri Quatrefoies, Responsable du service éducation
Mme Emmanuelle Gacq, Responsable du service enfance
M. Pierre Anglès, Responsable du service des restaurants scolaires
Mme Floriane Aubin, Directrice du service communal d'hygiène et de santé
M. Olivier Dufour, Responsable de la maison de la prévention et de la santé
M. Eric Schwarzentruher, Responsable du pôle santé publique
M. Jacques Delmas, Médecin de crèche
Mme Simone Scialo, Coordinatrice de crèche

4.4. Limousin

- **Conseil général de la Creuse**

M. Eric Morival, Directeur général adjoint du pôle jeunesse et solidarités

- **Conseil général de la Haute-Vienne**

Mme Véronique Arriau, Directrice du pôle solidarité enfance
Mme Danièle Heniau-Marquet, Sous-directrice en charge de la PMI
M. Jean-Marie Groshens Ferry, Conseiller technique enfance

- **Ville de Limoges**

Mme Nadine Vincent, Chef du service enfance
Mme Céline Daloux, Directrice de la jeunesse
Mme Evelyne Varachaud, Directrice adjointe de la jeunesse

- **Ville d'Ussel**

Mme Martine Leclerc, Maire

4.5. Nord-Pas-de-Calais

- **Conseil régional du Nord-Pas-de-Calais**

Mme Cécile Bourdon, Vice-présidente en charge de la santé

- **Conseil général du Pas-de-Calais**

Mme Dominique Mariage, Chef de la mission petite enfance et prévention

Mme Marie-Odile Schmitt, Médecin de PMI

4.6. Bretagne

- **Conseil général d'Ile et Vilaine**

Mme Thérèse Ollivaux, Directrice de l'action sociale territoriale

et ses collaborateurs

5. ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE

5.1. Organismes nationaux

- **Caisse nationale d'allocations familiales**

Mme Sylvie Le Chevillier, Responsable du département petite enfance

- **Caisse centrale de la mutualité sociale agricole**

M. Philippe Laffon, Directeur de la santé

M. Bruno Lachesnaie, Directeur de l'action sanitaire et sociale

- **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés**

Mme Agathe Denechère, Directrice de cabinet du directeur général

Mme Catherine Bismuth, Directrice des assurés

Mme Marie-Christine Keters, Responsable du département Information et Prévention

6. NORD PAS DE CALAIS

Mme Aline Périgaud, directrice de la CAF de Dunkerque

6.1. Languedoc-Roussillon

- **Caisse d'allocations familiales de Montpellier**

M. Jean-Pierre Pequignot, Directeur

M. Rodolphe Damour, Sous-directeur de l'action sociale

Mme Marie-Pierre Detchepare, Sous-directrice des prestations familiales

6.2. Limousin

- **Caisse d'allocations familiales de Corrèze**

M. Dominique Troudet, Directeur

Mme Françoise Molinas, Conseillère

- **Caisse d'allocations familiales de Creuse**

Mme Marie-Claire Laurent-Sanna, Directrice

Mme Anne-Marie Fatoux-Jean, Conseillère technique logement et précarité

- **Caisse d'allocations familiales de Haute-Vienne**

M. Antoine Romera, Directeur

M. Eric Rose, Responsable de l'action sociale

Mme Jeannine Bourdeau, Conseillère technique petite enfance

- **Caisse de mutualité sociale agricole du Limousin**

M. Ludovic Martin, Directeur général

Mme Brigitte Jammot, Attachée de direction

- **Caisse primaire d'assurance maladie de Limoges**

Mme Bernadette Gouraud, Responsable santé et protection sociale

7. OPERATEURS

7.1. *Languedoc-Roussillon*

- **Centre Epidaure**

Mme Héléne Sancho-Garnier, Directrice scientifique

M. Jean-Bernard Dubois, Directeur général

M. Jean-Christophe Azorin, Enseignant formateur

et leurs collaborateurs

- **Réseau « Naître et grandir en Languedoc-Roussillon »**

Mme Catherine Laurin-Roure, Vice-présidente

Mme Gisèle Chiballet, Coordinatrice

Mme Corinne Chanal, Sage-femme référente périnatalité et addictions

Mme Renée-Pierre Dupuy, Pédiatre coordinatrice réseau d'aval

Mme Danièle Bris Gisières, Référente allaitement

- **Etablissement multiaccueil CAF**

Mme Marianne Cathala, Directrice

7.2. *Limousin*

- **Observatoire régional de santé**

M. Jean-Pierre Ferley, Directeur de l'ORS du Limousin

- **IREPS**

Mme Martine Pellerin, Directrice de l'IREPS du Limousin

- **Association Ma Camping, Haute-Vienne**

Mme Bernadette Nicolas, Présidente

- **CHU de Limoges**

Mme Chantal Barrière, Sage-femme

Mme Véronique Mathieu, Cadre assistante sociale

M. Antoine Bedu, Praticien hospitalier en néonatalogie

M. Dominique Mouliès, Président de la commission médicale d'établissement

- **CH Esquirol**

Mme Christine Rainelli, Psychiatre en périnatalité

Mme Fabienne Souchaud, Pédopsychiatre

- **Réseau « La maison des adolescents 23 »**

M. M. Mustapha Layadi, Président

- **Réseau Périnatlim**

M. Jean-Pierre Eyraud, Gynécologue obstétricien, Président du réseau

Mme Monique Amaniou, Médecin coordonnateur

Mme Christine Doré, Coordonnatrice administrative

- **Ecole maternelle des Bénédictins, Limoges**

Mme Huguette Tortosa, Directrice

- **Multiaccueil de Rilhac-Rancon**

M. Nivet, Responsable technique

- **Nord Pas de Calais**

Pôle emploi

Mme Thérèse Salmpn, chargée de mission

- **Bretagne**

IREPS

Mme Marie Pratt, directrice

8. PERSONNALITES QUALIFIEES

• ASCOMED

Mme Nadine Labaye-Prevot, Médecin conseiller technique du rectorat de Créteil, Vice présidente d'ASCOMED

Mme Christine Cros, Médecin conseiller technique départemental du Rhône

Mme Marie-France Le Gal, Ancien médecin conseiller technique départemental

Mme Monique Baltazar, Ancien médecin conseiller technique départemental

Mme Claire Maitrot, Médecin conseiller technique du rectorat de Rennes

Mme Cécile Grivel, Médecin conseiller technique du rectorat d'Orléans

Mme Christine Davy, Médecin conseiller technique départemental de Montpellier

Mme Dorothée Querlen, Médecin conseiller technique départemental de Haute-Garonne

Mme Brigitte Weens, Médecin conseiller technique départemental du Nord

Mme Marie-Hélène Quinet, Médecin conseiller technique départemental du Puy-de-Dôme

Mme Marie-Claude Boivin, Médecin conseiller technique du rectorat de Dijon

Mme Marie-Thérèse Roux, Médecin conseiller technique du rectorat de Poitiers

• Universitaires

Mme Geneviève Cresson, Université de Lille 1

M. Pierre Aiach,

M André Léridon, président de la cohorte ELFE

Mme Anne Tursz, directeur de recherche INSERM

Mme Monique Kaminski

M Laurent Gerbaud, PUPH santé publique, université de Clermont-Ferrand

Mme Viviane Kovess

• OCDE

M. Olivier Thevenon

Annexe n°3 : liste des sigles

- ANAH** : Agence nationale d'amélioration de l'habitat
- ARS** : Agence régionale de santé
- ASV** : Atelier santé ville
- CAF** : Caisse d'allocation familiale
- CDAJE** : Commission départementale d'accueil du jeune enfant
- CEJ** : Contrat enfance jeunesse
- CESC** : Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
- CLAS** : Contrat local d'accompagnement à la scolarité
- CMU-C** : Couverture médicale universelle-complémentaire
- CNAF** : Caisse nationale d'allocation familiale
- CNAMTS** : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
- CNAV** : Caisse nationale d'assurance vieillesse
- CNFPT** : Centre national de la fonction publique territoriale
- CNSP** : Comité national de santé publique
- CNUDE** : Commission des Nations Unies relative aux droits des enfants
- COG** : Convention d'objectif et de gestion
- CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie
- CUCS** : Contrat urbain de cohésion sociale
- DIRECCTE** : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
- DDT** : Direction départementale des territoires
- DGS** : Direction générale de la santé
- DREAL** : Direction régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement
- DREES** : Direction de la recherche de l'évaluation et des études statistiques
- DRJSCS** : Direction régionale de la jeunesse et de la cohésion sociale
- EAJE** : Etablissement d'accueil du jeune enfant
- ELDEQ** : Etude longitudinale du développement des enfants au Québec
- EPP** : Entretien prénatal précoce
- HCSP** : Haut conseil de santé publique
- HPST** : Hôpital Patient Santé Territoire
- IGAENR** : Inspection générale de l'administration de l'Education nationale et de la recherche
- IGAS** : Inspection générale des affaires sociales
- IGEN** : Inspection générale de l'Education nationale
- INCA** : Institut national contre le cancer

INPES : Institut national de la prévention et de l'éducation à la santé

INSEE : Institut national de la statistique

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS : Institut national de veille sanitaire

IUFM : Institut universitaire de formation des maîtres

MSA : Mutualité sociale agricole

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

OMS : Organisation mondiale de la santé

OPAH : Opération programmée d'amélioration de l'habitat

PA : Programme d'action départemental

PAJE : Prestation d'accueil jeune enfant

PIG : Programme d'intérêt général

PMI : Protection maternelle et infantile

PMSI : Programme médicalisé des systèmes d'information

PNNS : Plan national nutrition santé

POSS : Plate forme d'observation sanitaire et sociale

PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

PSRS : Plan stratégique régional de santé

PSU : Prestation de service unique

REAAP : Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents

SMIC : salaire minimum interprofessionnel de croissance

SNIIRAM : Système national d'information inter-régime de l'assurance maladie

TISF : Technicienne de l'intervention sociale et familiale

UNESCO : United nations educational, scientific et cultural organization

UNICEF : United nations of international children's emergency fund

UTAS : Unité territoriale d'action sociale

ZEP : Zone d'éducation prioritaire

ZUS : Zone urbaine sensible

Annexe n°4 : cadre d'analyse des politiques publiques ayant un effet sur la réduction des inégalités sociales de santé des enfants

La définition de la santé retenue par la mission est celle donnée par l'OMS. « *La santé est un état de complet bien-être physique, psychique et social* ». Aussi, nombreuses sont les politiques publiques qui auront un effet sur la santé et donc sur la réduction des inégalités sociales de santé des enfants.

La mission a fait le choix de ne s'intéresser qu'à quatre politiques publiques ayant un effet jugé important sur la réduction des inégalités sociales de santé des enfants :

- les modes d'accueil ;
- le soutien parental ;
- l'éducation scolaire ;
- le logement.

1. L'EXAMEN DE CES QUATRE POLITIQUES PUBLIQUES A ETE CONÇU DE FAÇON A PERMETTRE DE REpondre A TROIS QUESTIONS

Si les politiques publiques ayant des effets sur la santé des enfants se fixaient pour objectif de réduire les inégalités sociales de santé, qu'est-ce que cela changerait concrètement ?

Comment se fixer un tel objectif sans rien remettre en cause des finalités principales de ces politiques publiques, voire même en renforcer l'efficacité ?

Comment faire tant dans les domaines du pilotage des politiques publiques que dans celui de la coordination des intervenants auprès des enfants et des familles ?

2. UNE MEME GRILLE DE LECTURE A ETE UTILISEE POUR CHACUNE DE CES POLITIQUES PUBLIQUES

2.1. *Présentation, description de la politique publique examinée*

Quels sont les objectifs de cette politique publique examinée ?

Qui pilote et qui décide ? Au niveau national et au niveau local ?

Quels sont les opérateurs ?

Quelles actions ?

Quelle évaluation et quels résultats ?

2.2. *Position critique sur les objectifs, les actions et la conduite de cette politique publique examinée*

Que penser de cette politique publique, de ses objectifs, de son mode de gouvernance, de ces actions, de ses résultats ?

Quels sont les autres choix possibles ?

Quelles sont les évolutions envisagées, souhaitables ?

2.3. *Situation de l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé*

La réduction des inégalités sociales de santé des enfants est-elle un objectif en tant que tel de cette politique ?

Quels effets en tout état de cause cette politique a ou peut avoir sur la réduction des inégalités sociales de santé ?

Qu'est-ce qui ne permet pas que cette politique ait pour objectif en tant que telle la réduction des inégalités sociales de santé des enfants ?

Quelles conséquences cela a-t-il ?

2.4. *Les propositions envisagées*

Que faudrait-il faire pour que cette politique ait pour objet en tant que telle la réduction des inégalités sociales de santé des enfants ?

Quelles difficultés seraient rencontrées ?

Quelles conséquences en matière de gouvernance nationale et locale ?

Quel référentiel à fixer pour cette gouvernance ?

Quelles conséquences sur les actions ?

Quelles conséquences pour les opérateurs ?

Quels principes éthiques nécessaires ?

Annexe n°5 : les données sur la santé des enfants

1. LES INFORMATIONS EXISTANTES

En ce qui concerne la mortalité

Elles sont recueillies en routine par l'INSEE à partir des certificats de décès. La dernière publication remonte à 1998.

En ce qui concerne la morbidité

Les données socialisées n'existent pas à l'heure actuelle. PMSI et SNIRAM ne recueillent en effet pas de données sociales : la CNAMTS est en train d'étudier un appariement de fichier qui pourrait résoudre la question.

Les enquêtes en population générale

Les deux principales enquêtes, SPS et enquête santé recueillent des données sociales et de niveau de revenu. Mais les échantillons sont trop petits pour avoir des données par âge, le coût de réalisation de ces enquêtes rendant difficile de les multiplier sur des âges proches. Seules des exploitations par classes d'âges regroupées sont possibles.

L'exploitation des certificats de santé

A l'heure actuelle, le recueil des certificats de santé et bilans de santé obligatoires par les maternités, la PMI ou la santé scolaire constitue la principale source de données. Elles comprennent toutes des renseignements administratifs et socio-économiques, des données sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé (vaccination, dépistage...) ainsi que des informations sur les modes d'accueil ou le déroulement scolaire.

En ce qui concerne la PMI, les données doivent être transmises par le conseil général au préfet, qui les transmet ensuite à la DREES. Mais ces données souffrent d'un manque d'exhaustivité (avec un fort taux d'attrition pour les certificats de santé des 9^e et 24^e mois), et d'une insuffisante capacité de la DREES à les exploiter. Certains ORS, sur commande spécifique de l'Etat ou des collectivités territoriales, exploitent ces informations au niveau régional ou départemental (cas du Limousin, ou de l'Ile-de-France).

Les données recueillies en santé scolaire ne sont pas disponibles au niveau national¹⁴⁴. Leur exploitation à visée épidémiologique est liée à des initiatives locales, souvent appuyées par les ORS.

Les enquêtes spécifiques

Des enquêtes spécifiques sont développées par la DREES, notamment en partenariat avec les conseils généraux ou le ministère de l'éducation nationale. D'autres acteurs (DGESCO, INSERM, InVS,...) réalisent également ce type d'enquêtes. Les données produites sont également utilisées par les ORS, l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, l'Observatoire des zones urbaines sensibles...

Les deux plus importantes enquêtes publiées par la DREES sont **l'enquête nationale périnatale**, prévue par le plan périnatalité, et **le cycle triennal d'enquête en milieu scolaire**.

La première a lieu tous les 3 à 5 ans et recueille des informations sur l'état de santé, les soins périnataux et les facteurs de risque, à partir d'un échantillon représentatif des naissances. Le questionnaire comprend des questions sur les caractéristiques sociodémographiques des

¹⁴⁴ Le dernier rapport national porte sur l'année scolaire 2000-2001 (Ministère de l'éducation nationale).

ménages. La DREES a croisé ces données avec d'autres sources disponibles, comme l'état civil et le PMSI¹⁴⁵.

Les enquêtes du cycle triennal sont menées régulièrement sur des échantillons de grande taille par le personnel de santé scolaire. Elles sont réalisées alternativement à l'école maternelle, à l'occasion du bilan obligatoire avant l'entrée en élémentaire, puis en CM2 et enfin en 3ème. En maternelle, le parent présent est interrogé sur les habitudes de vie, en particulier habitudes alimentaires, activités physiques en dehors de l'école ou temps passé devant un écran. L'information sur la catégorie socioprofessionnelle demeure toutefois fragile, s'agissant d'enquêtes déclaratives : si les catégories socioprofessionnelles cadres et ouvriers sont en général bien comprises et déclarées, la catégorie socioprofessionnelle « profession intermédiaire » et la catégorie socioprofessionnelle « employé » font l'objet de confusions. La mesure d'un éventuel gradient social peut s'en trouver perturbée. C'est pourquoi la DREES privilégie en général, dans le commentaire, le contraste ouvriers/cadres.

La DREES a été à l'origine de plusieurs publications dans les dernières années. Les questions de surcharge pondérale et d'obésité, de troubles sensoriels de l'enfant, de santé bucco-dentaire, de taux de couverture vaccinale ainsi que de la pathologie asthmatique, ont été plus particulièrement explorées. Les travaux prennent en compte la question du gradient social.

Il manque toutefois, à l'heure actuelle, un « tableau de bord » permettant d'appréhender santé et bien être de l'enfant de façon globale.

2. QUELLES PERSPECTIVES POSSIBLES ?

La DREES souhaite mettre en chantier une synthèse sur l'état de santé des enfants par catégorie socioprofessionnelle dans le courant de l'année 2011. A voir les études internationales, deux types de logiques pourraient être privilégiées :

La première comporte une vision globale du bien être de l'enfant. Elle est développée par l'OCDE et l'UNICEF lors d'études comparatives entre les différents pays. Elle a l'avantage d'explorer les différentes dimensions de bien être, la santé physique et mentale n'en constituant qu'un aspect¹⁴⁶. Son inconvénient est qu'une telle approche, volontairement synthétique, ne permet pas d'aller dans le détail des différentes dimensions du bien-être. Pour illustration, les indicateurs retenus pour la dimension santé concernent la mortalité infantile, l'hypotrophie, le taux de couverture vaccinale et la mortalité pour les différentes classes d'âge. Ce type d'optique peut également nécessiter des enquêtes spécifiques plus importantes, le versant qualitatif (par questionnaire ou interviews) y prenant une place particulière. Dans le travail réalisé par l'OCDE, la plupart des dimensions sont étudiées d'abord chez l'enfant à partir de 11 ans.

La deuxième entrée privilégie les informations portant sur la santé physique et mentale : c'est par exemple l'optique choisie par le Québec dans son rapport « le Québec, riche de tous nos enfants ». Une telle approche, plus complète sur le constat concernant l'état de santé, s'intéresse moins aux données émanant d'autres politiques publiques ayant un impact sur la santé ». Cette approche est surtout basée sur les données existantes et permet donc d'élaborer un constat relativement rapidement.

Dans une première approche, un tableau de bord des inégalités sociales de santé dans l'enfance pourrait porter tant sur la santé que sur les déterminants sociaux. Les résultats devraient permettre d'être visualisés selon les milieux sociaux.

A titre d'illustration, la mission propose dans le tableau ci-dessous une esquisse de ce que pourrait

¹⁴⁵ Vilain A. et coll, *Enquête nationale périnatale, 2003, compléments de cadrage : les disparités sociales en matière de santé périnatale et apports des autres sources*, Bureau Etat de santé de la population, DREES, Février 2005.

¹⁴⁶ Sept dimensions sont identifiées : le bien être matériel, la santé et sécurité, le bien être éducationnel, les relations avec la famille et les pairs, les comportements liés à la santé (à partir de 11 ans), les comportements à risque, le bien être « subjectif », ce dernier n'étant pas retenu par l'OCDE.

être un tel tableau de bord. Ce travail ne prétend pas à l'exhaustivité, et sa pertinence est subordonnée aux objectifs qui seraient retenus dans le cadre d'une stratégie de réduction des inégalités de santé dans l'enfance.

Tableau 1 : Exemple de critères à retenir pour mieux connaître les inégalités sociales de santé dans l'enfance

	Type d'indicateurs	Population cible : enfants ou parents	Résultats par CSP ou contraste ouvriers/cadres	Résultats par Niveau de revenu	Résultats par Niveau d'éducation des parents
1. santé					
Mortalité	Mortalité spécifique périnatalité	0-1 an			
	Mortalité	Par âge ou classe d'âge			
morbidité	Hypotrophie	Naissance			
	Prématurité	Naissance			
	Morbidité générale	Par âge ou classe d'âge			
	Morbidité pour certaines pathologies : athme, accidents de la vie courante, intoxication au CO, saturnisme,...				
	Surcharge pondérale/obésité				
	Santé bucco dentaire				
	Troubles sensoriels				
	Troubles du langage				
	Santé mentale				
2. développement de l'enfant	Mode d'accueil				
	Déroulement de la vie scolaire				
3. déterminants sociaux	Prestations sociales	Parents			
	Prestations de logement	Parents			
	Insécurité d'emploi	parents			
	CMU/CMUC				
	Renoncement aux soins pour problèmes financiers				
4 habitudes de vie	Activités physiques (ex : jeux à l'extérieur)	Par classe d'âge à partir de 6 ans par exemple			
	Sommeil				
	Habitudes alimentaires				
	Allaitement	Mère			

5. utilisation des services de santé	Suivi de grossesse	Mère			
	Taux d'hospitalisation général	Par âge ou classe d'âge			
	Taux d'hospitalisation pour certaines pathologies : accidents vie courante, asthme,...				
	Consultation d'un médecin				
	Consultation d'un dentiste				
	Couverture vaccinale				
	Dépistage sensoriel				
	Dépistage troubles du langage				

Un tel travail ne peut être fait sans qu'y soient affectées des ressources humaines additionnelles. La DREES estime à 6 mois ETP au minimum les effectifs nécessaires pour le traitement des données existantes. Ce chiffrage ne comprend pas le temps d'expertise pour élaborer les critères pertinents à retenir.

ANNEXE N°5 - PIECE JOINTE : PUBLICATIONS DE LA DREES OU UTILISANT DES DONNEES DE LA DREES (CLASSEMENT CHRONOLOGIQUE)¹⁴⁷

1. Delmas Marie-Christine, Claire Fuhrman, « L'asthme en France : synthèse des données épidémiologiques descriptives », *Revue des Maladies Respiratoires* (sous presse) ⁽³⁾.
2. Delmas Marie-Christine, coll. « Prévalence de l'asthme chez l'enfant en France », *Archives de Pédiatrie* 16:1261-1269, 2009 ⁽³⁾.
3. Guignon Nathalie avec la collaboration de Herbet Jean-Baptiste et Fonteneau Laure, Guthmann Jean- Paul pour la partie vaccination, « La santé des adolescents des classes de CM2 en 2004-2005. Premiers résultats », *Études et résultats* n°632, DREES, avril 2008.
4. Guignon Nathalie avec la collaboration de Herbet Jean-Baptiste, Danet Sandrine et Fonteneau Laure, « La santé des adolescents des classes de 3^{ème} en 2003-2004. Premiers résultats », *Études et résultats* n°573, DREES, mai 2007.
5. Antona Denise, Fonteneau Laure, Levy Brühl Daniel « La couverture vaccinale des enfants et des adolescents en France : résultats des enquêtes menées en milieu scolaire en 2001-2004 », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, InVS, n°6, 13 février 2007.
6. De Perreti Christine, Guignon Nathalie, « L'asthme chez les adolescents des classes de 3^{ème} », *Études et résultats* n°369, DREES, janvier 2005.
7. De Perreti Christine, Guignon Nathalie, Niel Xavier, « Le cycle triennal d'enquêtes sur la santé des élèves », X, Y, ZEP, Bulletin du Centre Alain Savary, n° 19, Novembre 2004.
8. Labeyrie Céline, Niel Xavier, «La santé des élèves scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002 », *Études et résultats* n°313, DREES, juin 2004.
9. De Perreti Christine avec la collaboration de Castetbon Katia, « Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième », *Études et résultats* n°283, DREES, janvier 2004.
10. Guignon Nathalie, Niel Xavier, « L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions. Les disparités régionales appréhendées au travers des bilans de santé scolaire », *Études et résultats* n°250, DREES, juillet 2003.
11. Duport Nicolas Castetbon Katia, Guignon Nathalie, Hercberg Serge, « Corpulence des enfants scolarisés en grande section de maternelle en France métropolitaine et départements d'outre-mer : variations régionales et disparités urbaines », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, InVS, 2003 ; 18-19 : 82-4.
12. Badéyan Gérard, Guignon Nathalie, « La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire », *Études et résultats* n°155, DREES, janvier 2002.

¹⁴⁷ Note transmise par la DREES à la mission

13. Badéyan Gérard, Guignon Nathalie, « Obésité et asthme, deux pathologies en développement chez l'enfant, étudiés à travers les bilans de santé scolaire », *Données sociales*, p341-347, Insee 2002-2003.
14. Badéyan Gérard, Guignon Nathalie, « Zep ou hors Zep, les inégalités de santé chez les jeunes enfants », *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale*, La Documentation Française, 2001-2002.
15. Guignon Nathalie, Collet Marc, Gonzalez Lucie, « La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006 », *Études et résultats* n°737, DREES, septembre 2010.
16. De Saint Pol Thibaut, « La santé des enfants en grande section de maternelle : de grandes disparités entre académies », *Note d'information*, DEPP, novembre 2010.

Tableau 2 : Tableau synoptique par grandes thématiques

Enquêtes	Obésité	Habitudes de vie	Troubles sensoriels	Bucco dentaire	Accidents	Sommeil	Asthme	TCV ²	Qualité de vie	Troubles langage (GS)
GS¹ 1999-00	10									
	11						10	10		10
	12		10	10			12	12		12
	13		12	12			13	14		
	14									
3^{ème} 2000-01	4						6	5		
	9									
CM2 2001-02	3	8	8	8			8	5		
	8							8		
GS 2002-03								5		
3^{ème} 2003-04	4			4			1			
	7		4	7			2	7		
							4			
CM2 2004-05	3		3	3			1			
							2	3		
							3			
GS 2005-06	15	15	15	5		15	15	15		15

(1) GS : Enquête en Grande section de maternelle

(2) TCV : taux de couverture vaccinale

(3) Article s'appuyant aussi sur d'autres sources

Cases grisées : Question ou Module absents

Annexe n°6 : l'amélioration de l'habitat privé

1. LE PILOTAGE ET LA CONDUITE DE LA STRATEGIE D'AMELIORATION DE L'HABITAT ACCOMPAGNEE PAR L'ANAH

Les autorités publiques responsables de la stratégie d'amélioration de l'habitat

L'Etat fixe les priorités d'intervention et les objectifs que devra mettre en œuvre l'ANAH. Pour cela est établi avec l'agence un « *contrat de performance* » sur trois ans.

L'ANAH est un opérateur public, au service de la politique déterminée par l'Etat en vue de l'amélioration de l'habitat privé. Elle est placée sous une double tutelle : le secrétariat d'Etat au logement et à l'urbanisme, et le ministère des finances. Cependant, au sein de son conseil d'administration¹⁴⁸ siègent les représentants de plusieurs ministères : le logement, l'économie, le budget, l'environnement, la santé, l'intérieur.

- Le Conseil d'administration de l'ANAH a les attributions principales suivantes :
- il fixe l'enveloppe maximale des aides pouvant être engagées dans l'année ;
- il fixe le montant des enveloppes régionales ;
- il approuve les clauses types des conventions de gestion conclues avec les délégataires de compétence.

Au niveau local, les collectivités territoriales peuvent bénéficier d'une délégation de compétence de la part de l'ANAH¹⁴⁹. Sinon, c'est le préfet de département qui est compétent pour attribuer les aides de l'ANAH, selon des conditions fixées par l'agence.

Les enveloppes régionales consacrées par l'ANAH aux aides sont établies en conclusion d'un dialogue budgétaire entre l'agence et les directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL).

A la suite de la délibération du conseil d'administration de l'ANAH fixant les enveloppes régionales, les préfets de région sont destinataires d'une circulaire de programmation indiquant une enveloppe d'engagement en cohérence avec les priorités d'intervention de l'agence.

Les préfets de région, en s'appuyant sur les services de la DREAL, préparent une répartition de l'enveloppe d'engagement qui leur a été notifiée entre les départements. Cette proposition est établie à la suite d'échanges avec les DTT et les collectivités territoriales délégataires.

La proposition de répartition de l'enveloppe entre les départements est soumise à l'avis du comité régional de l'habitat (CRH). A la suite de cette consultation, le préfet de région informe l'ANAH des budgets à allouer à chaque territoire de sa région. L'agence met alors en place ces crédits dans les territoires.

Quand une collectivité territoriale bénéficie d'une délégation de compétence, la DTT suit la bonne mise en œuvre de la convention de délégation pour le compte du préfet de département. Dans le cas contraire, la DTT négocie les aides qui seront apportées directement avec les collectivités territoriales maîtres d'ouvrage des opérations programmées.

¹⁴⁸ Le conseil d'administration est composé de trois collèges : un collège des représentants de l'Etat et de ses établissements publics ; un collège des élus et représentants locaux, un collège de personnalités qualifiées.

¹⁴⁹ Fin 2010, étaient délégataires de compétence 28 conseils généraux et 78 EPCI. Au total, ces délégataires ont disposé de 50 % du budget d'intervention de l'ANAH.

1.1. Les outils de la stratégie

1.1.1. La connaissance des besoins et des populations bénéficiaires des aides

L'INSEE réalise tous les 4 ans, une enquête nationale sur le parc de logement privé. La dernière enquête dont les résultats sont connus date de 2006. Elle livre des données sur :

- l'état des logements en France ;
- le niveau de vie des ménages ;
- les caractéristiques sociodémographiques, les conditions de logement et le niveau de vie des propriétaires occupants ;
- les caractéristiques des ménages bailleurs (âge et catégorie socioprofessionnelle...) ;
- les caractéristiques sociodémographiques (âge moyen, catégorie socioprofessionnelle...), les conditions de logement, le niveau de vie et les dépenses liées au logement des locataires.

Localement, un diagnostic exact de la situation de l'habitat est réalisé. L'ANAH peut aider au financement de ce diagnostic.

L'ANAH connaît les caractéristiques des bénéficiaires des aides, les propriétaires occupants et les propriétaires bailleurs. En revanche, elle ne dispose pas de données sur, les locataires vivant dans les logements réhabilités.

1.1.2. Les outils de la stratégie et de la programmation

1.1.2.1. Au niveau national

Les priorités et les objectifs de l'ANAH sont fixés dans le cadre du « *contrat de performance* » que l'Etat passe avec l'agence tous les trois ans.

La mise en œuvre de ces priorités et objectifs donne lieu à une « *circulaire de programmation* » adressée aux préfets de région chaque année.

1.1.2.2. Au niveau départemental

Les conseils généraux établissent « *un plan départemental d'actions pour le logement des personnes défavorisées* » (PDALPD). Sa durée minimale est de trois ans. Il est de la responsabilité conjointe du département et de l'Etat. C'est à la fois un document stratégique et un programme d'action qui porte sur les besoins des personnes défavorisées en matière de maintien et d'accès au logement et sur les moyens d'y répondre.

Les conseils généraux disposent d'un autre outil pour conduire leur stratégie dans le domaine de l'habitat : « *le plan départemental de l'habitat*¹⁵⁰ » (PDH) dont la durée est d'au moins 6 ans. Le PDH est élaboré conjointement avec l'Etat et les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) ayant adopté un plan local de l'habitat. Il prend en compte les besoins en logement déterminés par le PDALPD. Il précise la cohérence entre les stratégies conduites au niveau des territoires et la politique menée sur la totalité du département.

¹⁵⁰ Tous les départements n'ont pas forcément établi un PDH.

1.1.2.3. Au niveau des communes ou des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI)

Les communes de plus de 20 000 habitants, les communautés d'agglomération, les communautés urbaines et les communautés de communes de plus de 30 000 habitants compétentes en matière d'habitat et comprenant au moins une commune de plus de 10 000 habitants, doivent obligatoirement établir un « *Programme local de l'habitat* » (PLH). Le préfet de département donne un avis sur les PLH.

Chaque année, « *un programme d'action* » (PA) est établi au niveau local par l'autorité délégataire de compétence ou par le préfet délégué de l'ANAH dans le département. Le PA fait l'objet d'un avis de la commission locale de l'habitat (CLAH). L'octroi ou le rejet des aides sont décidés sur la base du PA. Ce « *programme d'action* » précise les règles de financement des opérations qui seront aidées, conformément aux priorités et objectifs fixées par « *la circulaire de programmation* » adressée aux préfets de région.

2. ANALYSE CRITIQUE DE LA STRATEGIE D'AMELIORATION DE L'HABITAT

2.1. *Un dispositif d'aide dont l'efficacité dépend de sa capacité à inciter suffisamment les propriétaires à réaliser les travaux de réhabilitation nécessaires*

Les aides publiques viennent en complément des investissements réalisés par les propriétaires occupants et les propriétaires bailleurs afin de réhabiliter leurs logements jugés indignes ou dégradés. Ces propriétaires occupants sont souvent de condition modeste (3 millions de ménages) et ne s'engagent qu'avec réticence dans la réalisation des travaux nécessaires, ne jugeant pas forcément ces dépenses comme prioritaires par rapport aux autres besoins qui sont les leurs. L'aide financière accordée doit donc être suffisante pour rendre intéressante aux yeux des propriétaires les investissements à effectuer. En revanche, lorsqu'elle s'adresse à des propriétaires bailleurs sans condition de ressources, trop importante, l'aide peut permettre une rentabilité excessive par rapport à une situation sans aide publique. Un juste équilibre est à trouver. Il n'obéit pas à des règles absolues. Il demande des adaptations permanentes.

L'incitation à agir ne saurait cependant n'être que financière. Les propriétaires occupants doivent pouvoir être accompagnés dans leur démarche, faire l'objet d'un minimum de pédagogie et de soutien pour être convaincus de l'intérêt du projet de réhabilitation de leur logement et pour créer les conditions matérielles de sa réalisation. En un mot, l'aide financière sera d'autant plus efficace qu'elle sera couplée à une action sociale au profit de ces propriétaires occupants de condition modeste, souvent pauvres. Ce type d'approche de la question de l'amélioration de l'habitat, à la fois financière et social, demande que les services chargés de l'octroi des aides financières travaillent avec les services sociaux. De telles collaborations ne sont pas simples, du fait des cloisonnements de l'action publique existants. L'ANAH a pu établir avec la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) une convention en vue du repérage et d'un accompagnement social des personnes âgées propriétaires occupants dont le logement nécessite une rénovation thermique susceptible de bénéficier d'une aide financière. Par ailleurs, cette convention entre l'ANAH et la CNAV prévoit une meilleure coordination des aides apportées séparément par chacune de ces deux institutions pour une meilleure adaptation des logements à la situation des personnes en perte d'autonomie. En revanche, l'ANAH n'est pas parvenue, jusqu'à présent, à établir avec la caisse nationale d'action familiale (CNAF) une convention pour orienter les visites à domicile effectuées par les agents des CAF vers un soutien apporté à la personne, afin que celle-ci accepte de s'engager dans une démarche de réhabilitation de son logement.

Ces partenariats sont essentiels pour mieux repérer les ménages potentiellement bénéficiaires et relayer vers les possibilités des aides. L'ANAH finance en outre un accompagnement technique et financier pour aider la personne dans sa démarche de travaux, une fois qu'elle a pris la décision de s'y engager.

2.2. *Des stratégies donnant lieu à une construction programmatique qui n'est pas véritablement évaluée*

Les programmes d'actions territoriaux (PA) chargés de mettre en œuvre la stratégie définie par l'ANAH et formalisée dans la circulaire de programmation adressée aux préfets de région ne font pas l'objet d'une évaluation du niveau national. Une synthèse régionale doit être transmise à l'ANAH par la DREAL. Cette disposition, mise en place en 2009, sera appliquée pour la première fois en 2011. L'ANAH procède à des contrôles des opérations réalisées grâce aux aides financières accordées par les délégataires de compétence ou les préfets de département. Ces contrôles ne portent que sur le respect des engagements pris par les propriétaires en contrepartie des aides : occupation pendant 9 ans, retenues pour les propriétaires occupants, maîtrise des loyers souscrits par les propriétaires bailleurs. Les contrôles avant le solde de la subvention sont prioritairement réalisés au niveau départemental.

3. LE BILAN D'ACTIVITE 2009 DE L'ANAH¹⁵¹

En 2009, l'ANAH a contribué à la rénovation de 67 050 logements de propriétaires occupants (178,3 M€ dont 105,3 M€ pour des propriétaires très modestes) et 44 200 logements de propriétaires bailleurs (365,9 M€). Ces aides, auxquelles s'ajoutent celles accordées à des syndicats de copropriétés (49 300 logements, soit 74,9 M€), ont généré un volume global de travaux éligibles de 2,3 Mds€, correspondant à 42 000 emplois de petites entreprises du bâtiment.

La production de logements à loyers maîtrisés s'est élevé au nombre de 37 705. Et, entre 2007 et 2009, le nombre des logements pour lesquels une adaptation à la perte d'autonomie des personnes a été réalisée a été de 86 235.

Au total, 890 programmes ont été financés, dont 480 OPAH pour 188,6 M€ et 282 PIG pour 134,6 M€

¹⁵¹ Voir le rapport d'activité 2009 de l'ANAH.

Annexe n°7 : l'accueil du jeune enfant

INTRODUCTION.....	113
1. LES OBJECTIFS DE LA POLITIQUE D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT ACCORDENT UNE PLACE PRIORITAIRE A LA CONCILIATION ENTRE VIE FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE ET AU LIBRE CHOIX DES PARENTS.....	114
1.1. <i>La politique d'accueil du jeune enfant s'est vue assigner des objectifs multiples où le bien-être de l'enfant n'intervient que partiellement.....</i>	114
1.2. <i>Son pilotage est partagé entre les organismes de la branche famille, les collectivités territoriales et l'Etat.....</i>	116
1.3. <i>Quel que soit le mode d'accueil considéré, les disparités entre territoires et entre ménages demeurent fortes.....</i>	117
1.3.1. <i>Trois grands types d'accueil inégalement répartis sur le territoire.....</i>	118
1.3.2. <i>Malgré les aides publiques, le coût pour les ménages demeure variable d'un mode d'accueil à l'autre.....</i>	119
1.3.3. <i>Un recours aux modes d'accueil variable selon les catégories socioprofessionnelles et les revenus des familles.....</i>	120
2. LE TYPE D'ACCUEIL OFFERT ET SA QUALITE PEUVENT AVOIR UN IMPACT SUR LA SANTE DES ENFANTS, MAIS CETTE QUESTION N'EST PAS TRAITEE.....	120
2.1. <i>Comment l'accueil du jeune enfant a-t-il un effet sur la santé des enfants et sur les inégalités sociales de santé ?.....</i>	120
2.1.1. <i>Le mode d'accueil peut permettre la détection d'éventuels problèmes de santé.....</i>	121
2.1.2. <i>Bénéficier d'un mode d'accueil peut avoir un impact sur le statut socioéconomique de l'enfant.....</i>	121
2.1.3. <i>Le mode d'accueil peut jouer un rôle en matière de développement cognitif et de stimulation intellectuelle de l'enfant.....</i>	122
2.1.4. <i>Le mode d'accueil collectif semble réduire les inégalités dans la survenue de certaines affections.....</i>	123
2.2. <i>Malgré l'existence de données probantes, ces questions sont très faiblement investies ...</i>	124
2.2.1. <i>La connaissance des familles et des besoins d'accueil reste très faible.....</i>	124
2.2.2. <i>La qualité des modes d'accueil fait l'objet d'un investissement variable des pouvoirs publics.....</i>	125
2.2.3. <i>Les outils de programmation et de contractualisation sont inégalement investis selon les territoires.....</i>	126
2.2.4. <i>Les dépenses publiques en faveur de l'accueil du jeune enfant sont importantes mais ne sont pas envisagées comme investissement pour l'avenir.....</i>	131
3. COMMENT INTEGRER LA REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE DANS LES OBJECTIFS DE LA POLITIQUE D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT ?.....	131
3.1. <i>Favoriser l'accès aux modes d'accueil collectifs des enfants de familles en difficulté sociale et parentale.....</i>	132
3.1.1. <i>Afficher un objectif de santé et de développement des enfants dans les priorités des modes d'accueil.....</i>	132
3.1.2. <i>Développer des outils de connaissance des besoins et de leur adéquation avec l'offre d'accueil.....</i>	132
3.1.3. <i>Accompagner les familles vers les modes d'accueil.....</i>	134
3.2. <i>Expérimenter des modes d'accueil à qualité renforcée.....</i>	135

3.2.1. Faire évoluer l'organisation des modes d'accueil	135
3.2.2. Offrir davantage de programmes ciblés de qualité	136
3.3. <i>Mieux utiliser les opportunités de dépistage / éducation à la santé</i>	137
3.4. <i>Les faiblesses du pilotage de la politique d'accueil peuvent constituer un frein à la réalisation de ces objectifs</i>	138

Introduction

Le terme d'accueil du jeune enfant recouvre l'ensemble des dispositifs et prestations permettant de prendre en charge, en journée, les enfants de moins de six ans, c'est-à-dire n'ayant pas encore atteint l'âge de la scolarité obligatoire. Hors dépense fiscale et aides pour la réduction ou l'arrêt d'activité, cette politique représente un coût pour les services publics estimé à 22 Mds€ dont 9,8 Mds€ pour les enfants de moins de trois ans (établissements d'accueil du jeune enfant, assistantes maternelles, garde d'enfant à domicile), et 13,1 Mds€ pour les enfants de trois à six ans (dispositifs de préscolarisation, c'est-à-dire l'école maternelle)¹⁵².

L'accueil du jeune enfant est l'une des premières politiques publiques proposées en direction du jeune enfant. Il est aussi un lieu de vie (le domicile des parents ou de l'assistante maternelle, l'établissement d'accueil). Son impact sur la santé des enfants résulte de plusieurs facteurs :

- **il est un lieu possible de détection de problèmes de santé**, d'orientation vers des soins adaptés, et d'éducation à la santé ;
- **il est un lieu de stimulation intellectuelle et d'apprentissage de la sociabilité**, notamment dans sa dimension collective ;
- **il est l'occasion de contacts avec les parents** et peut à ce titre participer au soutien parental, en prévenant des dysfonctionnements familiaux qui seraient source de problèmes de développement pour l'enfant : cet aspect de la question est abordée dans les développements consacrés au soutien de la parentalité ;
- **il peut influencer d'autres aspects de la vie de l'enfant ayant un impact sur sa santé**, dont le niveau de revenu de la famille : offrir un accueil à l'enfant peut permettre aux parents de travailler et augmenter le revenu du ménage.

Si l'on cherche à réduire les inégalités sociales de santé dans l'enfance, l'accueil du jeune enfant peut donc constituer un levier d'action utile : les pays qui ciblent la petite enfance dans leurs objectifs de réduction des inégalités de santé l'ont d'ailleurs largement retenu parmi leurs priorités d'action. Cela suppose au préalable d'examiner quels sont les objectifs de la politique d'accueil du jeune enfant, et comment elle s'organise pour les remplir. Cette étape préalable est importante pour comprendre de quelle manière les déterminants de la santé à l'œuvre dans cette politique peuvent être pris en compte, et dans quelle mesure une véritable stratégie de réduction des inégalités de santé des enfants pourrait y être organisée.

De nombreux travaux ont été consacrés au cours de la période récente à l'accueil du jeune enfant : rapport de Michèle Tabarot de juillet 2008 sur le développement de l'offre d'accueil de la petite enfance, rapports de l'IGAS de 2006 et 2009 sur la garde d'enfants à domicile et sur le développement de la garde d'enfants, rapport annuel de la cour des comptes de 2004 sur l'aide à la petite enfance. L'objet de cette étude n'est pas de reproduire des constats ou des analyses qui auraient déjà été posés, mais de voir comment l'introduction d'un objectif de réduction des inégalités sociales de santé pourrait conduire modifier certains choix en matière d'accueil du jeune enfant.

¹⁵² Les dispositifs de préscolarisation sont traités dans l'annexe consacrée à la politique éducative : l'annexe ci-dessous est consacrée pour sa part aux modes d'accueil des enfants de moins de trois ans.

1. LES OBJECTIFS DE LA POLITIQUE D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT ACCORDENT UNE PLACE PRIORITAIRE A LA CONCILIATION ENTRE VIE FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE ET AU LIBRE CHOIX DES PARENTS

L'une des ambiguïtés de la politique d'accueil du jeune enfant tient à la cohabitation entre deux orientations fondamentales : la première consiste à centrer la politique d'accueil sur les besoins des parents – disposer d'une solution pour faire garder leurs enfants en cas de besoin –, la seconde a pour objectif de contribuer via les dispositifs d'accueil au développement de l'enfant. Ces deux objectifs ne sont pas nécessairement contradictoires : l'impact des modes d'accueil sur l'emploi des parents, et donc sur le niveau de revenu du ménage, contribue au bien-être de l'enfant. En revanche, cet impact est concentré sur les catégories socioprofessionnelles les plus favorisées, qui sont les principaux bénéficiaires des modes d'accueil.

Le terme d'« accueil du jeune enfant », volontairement neutre, ne tranche pas entre ces deux options. Dans les arbitrages qui sont fait en matière de financement des modes d'accueil, c'est toutefois l'intérêt des parents qui est le plus souvent mis en avant¹⁵³ : l'intérêt de l'enfant vient en second, et n'est pas considéré comme une priorité de la collectivité publique. Les réformes récentes adoptées dans le champ de l'accueil ont ainsi symptomatiquement cherché à développer de nouveaux modes d'accueil (maisons d'assistantes maternelles, micro-crèches, jardins d'éveil) permettant de répondre à la demande exprimée par les parents de façon plus souple, sans se prononcer sur la question de leur adaptation aux besoins de l'enfant. En revanche, les professionnels des structures conçoivent leur activité autour du développement de l'enfant, comme le traduisent notamment les projets pédagogiques des établissements d'accueil.

Pourtant, de nombreux rapports soulignent l'intérêt d'envisager les modes d'accueil sous l'angle de leur impact sur la santé et le développement de l'enfant : les exemples de programmes mis en place à l'étranger montrent que plus les interventions sont précoces, plus les effets sur la santé des inégalités socioéconomiques peuvent être limités. La multiplicité des objectifs assignés à la politique d'accueil du jeune enfant ainsi que la diversité des acteurs qui la pilotent et la mettent en œuvre expliquent en partie la difficulté de l'organiser autour de l'intérêt de l'enfant.

1.1. *La politique d'accueil du jeune enfant s'est vue assigner des objectifs multiples où le bien-être de l'enfant n'intervient que partiellement*

La politique d'accueil du jeune enfant vise à répondre conjointement à plusieurs objectifs distincts :

- **assurer la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle**, en permettant aux parents qui travaillent de voir leur enfant accueilli pendant la journée ;
- **solvabiliser financièrement l'accueil pour les parents**, via le versement de prestations familiales, dont la principale est la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) ;
- **offrir aux parents une variété de modes d'accueil** de leur enfant qui peuvent être collectifs (établissements d'accueil du jeune enfant) ou individuels (garde d'enfant à domicile, assistantes maternelles¹⁵⁴), et entre lesquels il leur sera possible de choisir. Cette volonté d'assurer le libre choix des parents se retrouve dans les composantes « libre choix d'activité » et « libre choix du mode de garde » de la PAJE ;

¹⁵³ Ce constat ne vaut pas pour l'école maternelle, dont les objectifs sont davantage centrés sur le développement de l'enfant ?

¹⁵⁴ Ces modes d'accueil peuvent toutefois accueillir simultanément plusieurs enfants.

- **accompagner les familles les plus vulnérables** : l'article L. 214-2 du code de l'action sociale et des familles précise ainsi que « *les modalités de fonctionnement des équipements et services d'accueil des enfants de moins de six ans doivent faciliter l'accès aux enfants de familles rencontrant des difficultés du fait de leurs conditions de vie ou de travail ou en raison de la faiblesse de leurs ressources* ». Plus spécifiquement, des places d'accueil sont réservées aux enfants dont les parents sont engagés dans une démarche d'insertion¹⁵⁵ : la tendance à privilégier la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, qui conduit le plus souvent à donner une priorité dans l'accès aux modes d'accueil collectifs aux enfants dont au moins l'un des parents travaille (cf. *infra*), peut toutefois entrer en contradiction avec cet objectif ;
- **contribuer à la santé et au développement de l'enfant**, par la qualité des structures et des prestations qui lui sont fournies.

Ces objectifs sont partiellement explicités dans les textes qui régissent les différents aspects du sujet (santé et sécurité des locaux d'accueil, compétence des professionnels, objectifs de développement de l'offre,...) et désignent les autorités chargées de le mettre en œuvre :

- **le code de la santé publique** comprend des dispositions concernant les modes d'accueil du jeune enfant. Il précise notamment, à son article R. 2324-17, que « *les établissements et les services d'accueil non permanent d'enfants veillent à la santé, à la sécurité, au bien-être et au développement des enfants qui leur sont confiés. Dans le respect de l'autorité parentale, ils contribuent à leur éducation. Ils concourent à l'intégration des enfants présentant un handicap ou atteints d'une maladie chronique qu'ils accueillent. Ils apportent leur aide aux parents pour favoriser la conciliation de leur vie professionnelle et de leur vie familiale* » ;
- **le code de l'action sociale et des familles** présente dans son article L. 112-2 les prestations, aides et réductions accordées aux familles pour les aider à élever leurs enfants, dont « *des aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants mentionnées au titre IV du livre VIII du code de la sécurité sociale* » et précise, à l'article L. 112-4, que « *l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant* ». Il définit également, aux articles L. 214-1 et suivants, les règles d'autorisation, d'ouverture et de fermeture des différents modes d'accueil du jeune enfant ;
- **le code de la sécurité sociale** fixe les règles relatives au versement des prestations légales ;
- **le programme de qualité et d'efficience « famille » du projet de loi de financement de la sécurité sociale** fixe à la branche famille quatre grands objectifs, dont « *contribuer à la compensation financière des charges des familles* », « *aider les familles vulnérables* » et « *concilier vie familiale et vie professionnelle* ».

¹⁵⁵ Article L. 214-7 du code de l'action sociale et des familles : « *Le projet d'établissement et le règlement intérieur des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans, mentionnés aux deux premiers alinéas de l'article L. 2324-1 du code de la santé publique, prévoient les modalités selon lesquelles ces établissements garantissent des places pour l'accueil d'enfants non scolarisés âgés de moins de six ans à la charge de personnes engagées dans un parcours d'insertion sociale et professionnelle et répondant aux conditions de ressources fixées par voie réglementaire, pour leur permettre de prendre un emploi, de créer une activité ou de participer aux actions d'accompagnement professionnel qui leur sont proposées.* »

Les enjeux de développement et de bien-être de l'enfant, pourtant explicitement inscrits dans les textes, ne sont que rarement cités par les acteurs rencontrés par la mission comme un objectif prioritaire de la politique d'accueil, à l'inverse du développement quantitatif de l'offre et de la capacité donnée aux parents de concilier vie familiale et vie professionnelle. Le modèle dominant en matière d'organisation de l'offre d'accueil reste d'offrir la possibilité aux parents de faire garder leur enfant en dehors de la famille. Comme l'exprime un des interlocuteurs de la mission, « *l'objectif numéro un est la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, la diversité des modes d'accueil devant permettre d'y parvenir au mieux* ».

1.2. Son pilotage est partagé entre les organismes de la branche famille, les collectivités territoriales et l'Etat¹⁵⁶

Quatre grands types de décideurs interviennent dans la politique d'accueil du jeune enfant¹⁵⁷ :

- les conseils généraux sont responsables, en application de l'article L. 227-1 du code de l'action sociale et des familles, de la protection des mineurs accueillis hors du domicile parental. A ce titre, ils sont chargés de l'agrément, de la formation et de la surveillance des assistantes maternelles et, plus généralement, du contrôle de la qualité sanitaire et éducative de l'accueil. Le président du conseil général autorise par ailleurs la création des structures d'accueil collectif à gestion privée et donne un avis sur leur extension¹⁵⁸ ;
- les communes et établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) sont les principaux financeurs et gestionnaires des établissements d'accueil collectifs, via des structures en régie directe ou des subventions à des associations. Ce sont eux qui portent les projets de créations de places d'accueil. Ils décident des critères d'accès aux structures qu'ils gèrent ;
- les organismes de la branche famille (caisses d'allocations familiales et caisses de mutualité sociale agricole) accordent des subventions d'investissement et de fonctionnement aux structures sur la base de diagnostics territoriaux sur les besoins en matière d'offre d'accueil, et apportent un soutien d'ingénierie pour le montage des projets. Ces subventions sont largement contractualisées, dans le cadre de « contrats enfance jeunesse » (CEJ) qui définissent des engagements communs à la CAF, la caisse de MSA et au cosignataire en termes de développement et de qualité de l'accueil (cf. *infra*) ;
- l'Etat décide du montant et des conditions d'attribution des prestations familiales. Il accorde des déductions fiscales pour prendre en charge une partie du coût de la garde d'enfant à domicile. Par ailleurs, la politique menée par l'Education nationale en termes de préscolarisation à deux ans des enfants a un impact sur la réponse aux besoins d'accueil des enfants entre deux et trois ans ;
- les entreprises peuvent décider d'offrir à leurs salariés un mode d'accueil collectif : leur part dans l'ensemble de l'offre reste toutefois très faible. En 2005, les places en crèches de personnel représentaient 8 % du nombre de places en crèche collective. Elles sont concentrées dans des établissements publics comme les hôpitaux, ou dans les grandes entreprises.

¹⁵⁶ L'Education nationale, qui intervient à compter de la préscolarisation, n'est pas mentionnée ici.

¹⁵⁷ Voir tableau en annexe.

¹⁵⁸ Article L. 214-1 du code de l'action sociale et des familles.

Certaines de ces compétences ne revêtent pas un caractère obligatoire pour les acteurs qui les exercent : à la différence de la PMI, qui constitue une compétence obligatoire du conseil général, le développement par une commune ou un EPCI de l'offre d'accueil sur son territoire est une compétence facultative¹⁵⁹. Cette intervention s'inscrit dans une conception du service public local qui permet à l'autorité publique de proposer un service d'intérêt général si celui-ci n'est pas ou insuffisamment assuré par l'initiative privée¹⁶⁰. Par conséquent, l'implication des collectivités varie en fonction des territoires, selon plusieurs paramètres dont les dynamiques territoriales, l'évolution des besoins et de l'offre, les initiatives privées, ou encore l'appui des cofinanceurs.

En outre, **tous les aspects de l'accueil du jeune enfant ne constituent pas directement un service public**. Le rapport réalisé en 2007 par le centre d'analyse stratégique est à ce titre illustratif. Il considère que « *les activités de garde des jeunes enfants exercées par des personnes de droit privé, sous leur propre responsabilité et initiative, ne peuvent [...] être qualifiées de service public, même si elles répondent à un intérêt général et sont soumises à un certain contrôle de la puissance publique. C'est le cas des établissements d'accueil mis en place par les organismes privés à but lucratif, par les mutuelles ou les comités d'entreprises ou encore de l'activité des assistantes maternelles directement employées et salariées* ». ¹⁶¹

La politique d'accueil du jeune enfant articule donc des compétences obligatoires des collectivités (assurer la sécurité des mineurs accueillis hors du domicile parental, aider les familles à supporter le coût financier de l'accueil du jeune enfant), des compétences facultatives (développer les modes d'accueil) qui s'inscrivent en creux de l'initiative privée, et une offre de service privée (assistantes maternelles), dont la sécurité est régulée par la puissance publique par le biais d'un agrément et largement solvabilisée par celle-ci. L'ensemble de ces acteurs publics et privés est intégré par la branche famille dans ses dispositifs de développement de l'offre d'accueil (notamment les contrats enfance jeunesse).

Cette conception de l'action publique comme régulatrice de la sécurité de l'accueil et complément de l'initiative privée complique la définition d'une véritable orientation en faveur du développement et du bien-être de l'enfant.

1.3. *Quel que soit le mode d'accueil considéré, les disparités entre territoires et entre ménages demeurent fortes*

A l'image des autres politiques d'action sociale, l'accueil du jeune enfant est mis en œuvre par des opérateurs très divers, dont la part respective varie selon les territoires : collectivités territoriales (communes et conseils généraux), caisses d'allocations familiales et de la mutualité sociale agricole, entreprises, associations, professionnels des métiers de la petite enfance...

En l'absence d'une régulation cohérente de l'offre d'accueil et de ses modalités d'accès (cf. *infra*), le nombre de places et les caractéristiques des ménages bénéficiaires varient d'un territoire local à l'autre. Globalement, les ménages favorisés bénéficient davantage de l'offre que les ménages défavorisés, quel que soit le mode d'accueil considéré : **alors que les ménages les plus défavorisés retireraient des bénéfices importants d'un meilleur accès à l'offre d'accueil, ce sont eux qui en profitent le moins.**

¹⁵⁹ Que la collectivité peut exercer au titre de la clause générale de compétences inscrite à l'article L. 2121-29 du code général des collectivités territoriales : « *Le conseil municipal règle par ses délibérations les affaires de la commune. (...) Le conseil municipal émet des vœux sur tous les objets d'intérêt local* ».

¹⁶⁰ Conseil d'Etat, 20 novembre 1964, *Ville de Nanterre*. Voir à ce sujet les développements dans le rapport du centre d'analyse stratégique, *Rapport sur le service public de la petite enfance*, février 2007.

¹⁶¹ Centre d'analyse stratégique, *op.cit.*

1.3.1. Trois grands types d'accueil inégalement répartis sur le territoire

Pour répondre à ses différents objectifs, la politique d'accueil du jeune enfant mobilise une offre aux composantes variées. Trois grandes catégories de modes d'accueil coexistent : les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE), l'accueil au domicile d'une assistante maternelle, ou la garde au domicile des parents¹⁶². EAJE et assistantes maternelles ont connu au cours des dernières années un certain nombre d'évolutions qui visaient à diversifier les modalités d'accueil (accueil à temps plein, à temps partiel, horaires atypiques), les caractéristiques des structures ou des réseaux (développement de micro-crèches, de maisons d'assistantes maternelles) et les modes de travail des professionnels (développement de réseaux d'assistantes maternelles).

En France métropolitaine, pour deux enfants de moins de trois ans, il existe un peu moins d'une place d'accueil « formel » – c'est-à-dire hors garde d'enfant à domicile (crèche, halte-garderie, assistant maternel, préscolarisation) : le taux de couverture (48,5 %) est nettement supérieur à l'objectif européen, fixé à 30 %¹⁶³. Cette moyenne s'accompagne toutefois d'écarts importants entre territoires, particulièrement sensibles si l'on regarde les différents modes d'accueil pris isolément : pour les établissements d'accueil du jeune enfant, l'écart est de un à trois entre le département le mieux doté et le département le moins bien doté. Le même constat vaut pour le nombre de places auprès d'assistantes maternelles, qui varie selon les départements entre 5 et 53 places pour 100 enfants de moins de 3 ans¹⁶⁴.

Ces disparités territoriales sont en partie corrélée avec la richesse fiscale du territoire : en 2005, les 20 départements en métropole les moins bien couverts en places avaient un potentiel financier moyen¹⁶⁵ de 743,47 € contre 999,24 € dans les départements les mieux couverts¹⁶⁶.

Si l'on raisonne tous modes d'accueil confondus, les écarts entre départements se réduisent : le rapport entre les départements les mieux dotés et les départements les moins bien dotés passe alors à 1,7¹⁶⁷. Cette réduction des écarts tendrait à montrer que les modes d'accueil sont relativement complémentaires, et qu'ils s'organisent différemment en fonction des caractéristiques territoriales. Schématiquement, les assistantes maternelles sont plus présentes sur les territoires ruraux que les établissements collectifs, davantage implantés en territoire urbain. Une étude de la CNAF¹⁶⁸ a également mis en évidence des spécificités liées à l'histoire des territoires et aux structures familiales : en 2003, la prise en charge par la famille était plus importante dans le Nord, où les ménages font peu appel aux modes d'accueil, l'emploi d'assistantes maternelles particulièrement élevé en Bretagne, tandis que les départements du sud avaient davantage recours aux EAJE.

¹⁶² Voir typologie en pièce jointe.

¹⁶³ Source : Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, Programme de qualité et d'efficacité « famille ». A titre de comparaison, l'objectif européen en matière d'offre d'accueil est fixé à 30 %.

¹⁶⁴ Trois départements sur quatre ont toutefois un potentiel de places inférieur à 37 pour 100 enfants de moins de 3 ans.

¹⁶⁵ Selon l'article L. 2334-4 du code général des collectivités territoriales, « *Le potentiel financier d'une commune est égal à son potentiel fiscal, majoré du montant de la dotation forfaitaire perçue par la commune l'année précédente, hors la part prévue au premier alinéa du 3° de l'article L. 2334-7. Il est minoré le cas échéant des prélèvements sur le produit des impôts directs locaux mentionnés aux deux derniers alinéas du même article L. 2334-7 subis l'année précédente.* »

¹⁶⁶ Source : PQE 2011.

¹⁶⁷ Cette dispersion est relativement stable dans le temps : elle ne s'est que très peu réduite entre 2005 et 2008.

¹⁶⁸ D. Clement, M. Nicolas, « Les disparités territoriales de l'accueil des jeunes enfants », *L'e-ssentiel*, CNAF, avril 2003.

1.3.2. Malgré les aides publiques, le coût pour les ménages demeure variable d'un mode d'accueil à l'autre

Différentes prestations permettent d'atténuer le coût pour les familles du recours à un mode d'accueil de leur enfant :

- des prestations en direction des structures d'accueil, dont la principale est la prestation de service unique (PSU)¹⁶⁹ : elle couvre 66 % du coût de fonctionnement horaire de la structure après déduction des participations familiales, dans la limite d'un prix plafond fixé par la CNAF, en échange de l'application par les structures d'un barème national de participation financières des familles proportionnel aux ressources du foyer. Elle « neutralise » donc pour les établissements les différences de revenus entre les familles sollicitant une place d'accueil. Par ailleurs, dans la mesure où il s'agit d'une prestation calculée sur la base d'un taux horaire¹⁷⁰, la PSU incite les structures à améliorer leur taux d'occupation¹⁷¹ : ceci peut avoir pour conséquence soit le développement du multi-accueil (ce qui peut favoriser les demandes ponctuelles), soit au contraire une tendance à privilégier les demandes les plus prévisibles et stables sur l'année - c'est-à-dire principalement les besoins d'accueil à temps plein des couples biactifs. A la PSU s'ajoutent le contrat enfance jeunesse ainsi que des subventions de fonctionnement des communes ;
- des prestations en direction des familles : le complément « libre choix du mode de garde » de la PAJE permet de solvabiliser une partie du coût pour les familles du recours à une assistante maternelle ou à une garde à domicile déclarée, de même que les aides fiscales associées à l'emploi d'un salarié à domicile. En revanche les aides fiscales concernent tous les modes d'accueil, y compris en EAJE.

Au total, l'effort moyen de la collectivité en direction des familles est élevé : pour un revenu inférieur à 2 SMIC, 81 % du coût de l'emploi d'une assistante maternelle est pris en charge par l'Etat et la CNAF. Pour une place en crèche, cette proportion s'élève à 90 %¹⁷². Ces efforts de solvabilisation comportent toutefois trois limites :

- malgré l'apport des prestations publiques, **le taux d'effort des ménages reste plus élevé pour les ménages à faibles revenus**, sauf pour l'accueil collectif. Pour l'emploi d'un assistant maternel (qui est le mode d'accueil hors famille le plus fréquent) rémunéré à 3,5 SMIC journalier, un ménage dont les revenus sont équivalents à 2 SMIC aura un taux d'effort de 7,5 %, contre 4,4 % pour un ménage dont les revenus sont égaux à 6 SMIC ;
- **la notion de coût moyen doit être relativisée**, dans la mesure où elle peut recouvrir des situations de reste à charge pour les familles extrêmement variées : un ménage qui emploie une assistante maternelle négocie avec cette dernière le salaire qui lui sera versé (au-delà d'un salaire de 5 SMIC horaire journalier, les aides de la CNAF ne sont plus versées). En outre, pour les revenus les plus faibles, même une participation financière limitée peut constituer un frein à l'accès aux modes d'accueil¹⁷³ ;
- **l'emploi d'une assistante maternelle pose deux problèmes indépendants du reste à charge** : le premier est la nécessité de faire l'avance de trésorerie, et le second le fait que les ménages se retrouvent dans une position d'employeur qui peut s'avérer difficile.

¹⁶⁹ Elle remplace les trois anciennes prestations de service versées pour l'accueil des enfants de moins de quatre ans aux établissements relevant de l'article L. 2324-1 du Code de la santé publique

¹⁷⁰ L'ancienne prestation était en revanche calculée sur la base d'un taux journalier.

¹⁷¹ Le contrat enfance jeunesse, présenté plus bas, a lui aussi eu un effet important sur l'augmentation du taux d'occupation des structures.

¹⁷² Voir pour plus de précisions le tableau en annexe. Ce chiffre comprend les aides fiscales.

¹⁷³ A cette difficulté s'ajoute le fait que l'emploi d'une assistante maternelle impose à la famille de faire l'avance de frais, les aides fiscales n'intervenant qu'*a posteriori*.

1.3.3. Un recours aux modes d'accueil variable selon les catégories socioprofessionnelles et les revenus des familles

Le recours à un mode d'accueil varie fortement selon les revenus et la profession des ménages. Dans les 20 % de ménages les plus défavorisés (1^{er} quintile de revenus), neuf enfants sur dix (91 %) sont gardés à titre principal par leurs parents. C'est le cas de la majorité des enfants dont la mère est ouvrière (65 %), et de 42 % des enfants d'employées, mais de seulement 18 % des enfants de cadres. Dans les 20 % des ménages les plus favorisés (dernier quintile de revenus), seuls trois enfants sur dix (31 %) sont gardés par leurs parents¹⁷⁴. Les inégalités sont encore plus grandes avec les personnes sans l'emploi : 92 % des enfants dont au moins un parent est sans emploi, sont gardés par leurs parents. De manière symétrique, les ménages favorisés utilisent davantage les modes d'accueil que les ménages défavorisés : sept enfants de cadres sur dix (73 %) sont pris en charge dans un mode d'accueil, contre seulement 21 % des enfants dont la mère est ouvrière.

Ces écarts varient toutefois selon les modes d'accueil considérés. Le recours à un assistant maternel concentre les disparités les plus fortes : 2 % des ménages du premier quintile y ont recours, contre 37 % des ménages du dernier quintile. L'accueil collectif est légèrement moins inégal : 5 % des enfants des deux premiers quintiles sont accueillis en crèche, contre 16 % des enfants des deux derniers quintiles.

Cette question devrait être affinée par une meilleure connaissance des modes d'accueil secondaires dont bénéficient les enfants. En effet 49 % des enfants gardés à titre principal par leurs parents ont un mode d'accueil secondaire. Dans la moitié des cas, il s'agit d'un assistant maternel ou d'un EAJE, avec des durées d'accueil moyennes de 12 à 18 heures par semaine. Les études réalisées par la DREES ne permettent pas de répartir par quintiles ces données : il n'est donc pas possible de savoir si les enfants des ménages modestes bénéficient davantage de modes d'accueil secondaires.

Plus largement, l'effort public de développement des modes d'accueil profite davantage aux ménages favorisés - qui recouvrent largement les ménages biactifs - **qu'aux ménages défavorisés** : entre 2002 et 2007, la garde des enfants par les parents a reculé (-14 points) dans les deux quintiles de revenu les plus élevés, et est restée stable dans les deux quintiles les plus bas.

2. LE TYPE D'ACCUEIL OFFERT ET SA QUALITE PEUVENT AVOIR UN IMPACT SUR LA SANTE DES ENFANTS, MAIS CETTE QUESTION N'EST PAS TRAITEE

Un certain nombre de travaux récents ont cherché à mieux expliquer comment se constituaient les déterminants de la santé dans l'enfance : des études de cohortes, menées notamment dans des pays anglo-saxons, ont permis notamment de suivre des enfants jusqu'à l'âge adulte et d'isoler des facteurs de constitution – ou au contraire de protection – des inégalités sociales de santé.

2.1. *Comment l'accueil du jeune enfant a-t-il un effet sur la santé des enfants et sur les inégalités sociales de santé ?*

La question de l'impact des modes d'accueil sur la santé des enfants et sur les inégalités sociales de santé se pose de deux points de vue : le fait de bénéficier d'un mode d'accueil a-t-il un effet sur la santé et sur les inégalités sociales de santé ? Le type d'accueil et la qualité de l'accueil jouent-ils également un rôle en la matière ?

Les conclusions des études menées sur ces questions mettent en évidence quatre types d'effets.

¹⁷⁴ Voir notamment DREES, *Études et résultats*, n° 678, « Modes de garde et d'accueil des enfants de moins de 6 ans en 2007 ».

2.1.1. Le mode d'accueil peut permettre la détection d'éventuels problèmes de santé

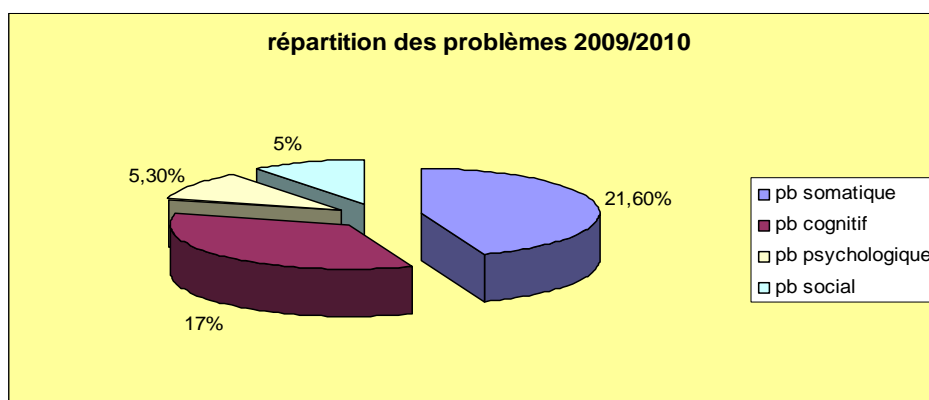
Les modes d'accueil du jeune enfant sont des lieux de vie où l'enfant peut passer un nombre important d'heures quotidiennes. Les professionnels en charge de l'accueil ont par ailleurs des compétences qui peuvent contribuer à l'identification de problématiques qui auraient pu sinon passer inaperçues.

Encadré : le service de santé en direction de la petite enfance de la ville de Lyon

La ville de Lyon fait partie des 13 villes de France ayant un service de santé scolaire (pris en charge habituellement par l'Education nationale). Dans chaque école publique, de la grande section de maternelle au CM2, une équipe médico-sociale (médecin, infirmier, assistant social) est au service des enfants scolarisés et de leur famille. Cela correspond à 23 000 enfants pris en charge.

Les écoles sont classées en deux typologies : la typologie 1 concerne les écoles relevant d'un secteur CUCS ou d'une zone prioritaire de l'Education Nationale ; toutes les autres écoles sont classées dans la typologie 2. Le temps de travail des professionnels est calculé pour chaque école au regard de l'effectif de l'école et de sa typologie. Dans une école de typologie 1 un enfant compte pour 1.5 pour les médecins et infirmiers et pour 2 pour les assistants sociaux.

Cette organisation a permis de faire bénéficier plus de 97 % des enfants scolarisés en maternelle d'un bilan de santé. 73 % des enfants ont bénéficié d'un bilan cognitif, et dans quasiment un cas sur deux (43 %), un problème de santé a été détecté.



Source : ville de Lyon, service de la petite enfance

Les lieux d'accueil du jeune enfant permettent aussi de porter un certain nombre de messages en matière de santé : dans certains établissements d'accueil sont ainsi prévues des actions de promotion et d'éducation à la santé, qui associent les parents à la démarche. La présence des enfants plusieurs heures par jour dans un même lieu favorise la mise en place de ces actions collectives. Ainsi, dans une crèche sociale gérée par la CAF de Montpellier, des séances d'éducation à la santé sont proposées aux familles dont les enfants sont accueillis, à une fréquence d'environ une par mois. Les thématiques retenues sont principalement les questions d'alimentation, la prise en charge de certaines pathologies de l'enfant, ou des séances d'explication sur le recours au système de soins (comme par exemple le recours aux urgences).

2.1.2. Bénéficier d'un mode d'accueil peut avoir un impact sur le statut socioéconomique de l'enfant

Le statut socioéconomique de l'enfant pendant son enfance expliquerait à lui seul 10 % des inégalités de santé à l'âge adulte, une fois neutralisé l'impact sur la santé du statut socioéconomique à l'âge adulte. Le lien entre la situation économique de la famille et les comportements en santé n'expliquerait qu'une fraction de cet effet : « *une large part de la variance*

peut être expliquée par certains facteurs psychosociaux, comme le sentiment de contrôler sa destinée ou la force de l'appartenance à une communauté locale. La moitié de l'effet du statut socioéconomique de l'enfance sur l'état de santé à l'âge adulte passerait par ces facteurs¹⁷⁵ ».

A ce titre, les modes d'accueil peuvent avoir un effet bénéfique sur le bien-être de l'enfant, s'ils permettent un accroissement du revenu familial en favorisant l'activité des parents. « D'une certaine manière, la dépense publique en faveur des crèches est un investissement qui participe, en retour, à la création de richesse et semble favoriser le bien-être des familles¹⁷⁶ ». On constate en effet dans de nombreux pays de l'OCDE une corrélation entre l'importance de l'offre d'accueil et la faiblesse du taux de pauvreté des enfants (moins de 5 % des familles avec enfants en Belgique, au Danemark, en Finlande, en Norvège et en Suède)¹⁷⁷.

2.1.3. Le mode d'accueil peut jouer un rôle en matière de développement cognitif et de stimulation intellectuelle de l'enfant

Les premières années de la vie de l'enfant constituent une période très importante pour son développement cognitif : « il semble que pendant la période cruciale de l'enfance, c'est-à-dire la première année de vie, la présence ou l'absence d'un soutien matériel et affectif adéquat soit déterminante dans le développement du système nerveux central [...]. Ce développement est lui-même fortement impliqué à son tour dans le développement des systèmes immunitaire et endocrinien, particulièrement en ce qui concerne leur capacité à réagir adéquatement aux « stress »¹⁷⁸ ».

Ce constat soulève deux questions : dans quelle mesure les modes d'accueil ont-ils une influence sur le développement cognitif de l'enfant, et sur le « soutien matériel et affectif » qui constitue une condition propice de ce développement ? Cette influence est-elle différenciée en fonction des groupes sociaux ?

Des études disponibles, il est possible de conclure que dans certaines conditions, et pour des enfants présentant des désavantages du fait de leur milieu familial, l'accueil collectif peut être favorable à la santé. Des études québécoises ont notamment mis en évidence l'intérêt de programmes de stimulation précoce en crèche, afin d'agir le développement cognitif de l'enfant pendant les années préscolaires¹⁷⁹. Ils permettent de réduire le désavantage des enfants issus de milieux défavorisés à l'âge où ils entament leur scolarisation.

En revanche, l'intérêt des modes d'accueil collectifs varie selon la situation de l'enfant et selon les conditions de l'accueil. Pris toutes choses égales par ailleurs, l'accueil collectif ne semble pas avoir d'impact significatif par rapport aux autres modes d'accueils : « une analyse rétrospective du développement psychomoteur d'enfants de 10 à 30 mois en fonction de leur mode de garde individuels (assistante maternelle, crèche familiale, employée de maison, famille) ou collectif (crèche collective, mini-crèche, crèche parentale) confirme que globalement, il n'y a pas de différence significative des scores de développement des enfants selon le type de mode de garde, qu'il soit individuel ou collectif¹⁸⁰ ».

¹⁷⁵ G. Paquet, *Partir du bas de l'échelle : des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*, Presses de l'université de Montréal, 2005.

¹⁷⁶ La lettre de l'Observatoire national de la petite enfance, septembre 2009.

¹⁷⁷ Bradshaw et Finch, 2002, cité dans le rapport Tabarot.

¹⁷⁸ G. Paquet, *Partir du bas de l'échelle : des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*, Presses de l'université de Montréal, 2005.

¹⁷⁹ G. Paquet, *Partir du bas de l'échelle*, Chapitre 5 : « des programmes d'intervention précoce et d'éducation préscolaire », Presses de l'université de Montréal, 2005.

¹⁸⁰ C. Tourrette, *Accueil individuel et collectif du jeune enfant : une évaluation du développement psychologique et social d'enfants de 18 mois fréquentant différents lieux d'accueil*, université de Poitiers, rapport pour la CNAF, avril 1999.

Des heures d'accueil trop longues hors du domicile parental peuvent également avoir un effet sur le stress que subit l'enfant : elles augmentent le risque de troubles du comportement externalisés, y compris lorsque l'accueil est de qualité¹⁸¹. La question de l'articulation entre l'accueil collectif et d'autres modes de prises en charge doit donc impérativement être posée : dans son rapport de juillet 2008 consacré au développement de l'offre d'accueil, la députée Tabarot estimait qu'un temps d'accueil de 10h à 30h hebdomadaire pouvait être considéré comme optimal¹⁸².

L'intérêt de la prise en charge à l'extérieur du domicile parental pour les enfants de moins de 1 an est également très contesté : l'accueil hors du domicile des parents, s'il intervient à un trop jeune âge, pourrait avoir des conséquences défavorables pour l'enfant – réduction de l'attachement parent-enfant, réduction de l'interaction enfant-adulte si le nombre d'enfants par adulte est plus élevé qu'au sein de la famille, interactions stressantes avec d'autres enfants,...

En conclusion, il existe un relatif consensus autour de l'utilité d'un mode d'accueil collectif de qualité, à condition qu'il soit utilisé dans de bonnes conditions, pour réduire les inégalités sociales de santé chez les enfants. Ce mode d'accueil serait particulièrement pertinent notamment lorsque les parents souffrent de troubles mentaux, d'un stress excessif, ou éprouvent des difficultés à exercer leur fonction parentale¹⁸³. Cette piste amène à se poser directement la question de la qualité des modes d'accueil, telle qu'elle est conçue à l'heure actuelle, et, en complément, la façon dont s'exerce le soutien à la parentalité¹⁸⁴.

2.1.4. Le mode d'accueil collectif semble réduire les inégalités dans la survenue de certaines affections

Le fait pour un enfant d'être pris en charge dans un mode d'accueil socialisé a un impact sur les affections qu'il développe, particulièrement en établissement collectif : des études mettent en évidence le fait que les enfants qui passent de longues heures en accueil collectif ont un risque plus élevé de développer des affections respiratoires ou des otites¹⁸⁵, mais que ces affections sont ensuite moins fréquentes lors des premières années en milieu scolaire (cf. *supra*).

Lorsque les enfants sont pris en charge en accueil collectif, les différences sociales dans la survenue de certaines affections respiratoires semblent s'atténuer ou disparaître : « *l'influence du statut socioéconomique est forte lorsque les enfants restent à la maison ; les enfants défavorisés ont alors une plus grande probabilité que les autres d'avoir des infections des voies respiratoires. Mais parmi les enfants qui vont à la garderie, on ne retrouve plus de telles différences liées à la position sociale : les jeunes enfants présentent tous une probabilité élevée d'avoir une infection des voies respiratoires, peu importe la position sociale de leurs parents. On sait par ailleurs, grâce à des études longitudinales, que le risque élevé d'avoir des infections des voies respiratoires est présent pendant les deux premières années de fréquentation d'une garderie ; mais ces mêmes études indiquent que les enfants ayant fréquenté une garderie ont moins d'infections des voies respiratoires lors de leurs premières années en milieu scolaire* ».

¹⁸¹ McCartney, *Current research on child care effect*, 2004.

¹⁸² M. Tabarot, *Rapport au Premier ministre sur le développement de l'offre d'accueil de la petite enfance*, juillet 2008. Cette estimation s'appuie sur une étude longitudinale conduite par le NICHD (National institute on child health and daycare).

¹⁸³ OCDE, *Assurer le bien-être des enfants*, chapitre 4, 2009.

¹⁸⁴ Voir l'annexe consacrée aux liens sociaux et familiaux.

¹⁸⁵ Gordon et al., 2007, « The effects of maternal employment on child injuries and infectious diseases ».

2.2. *Malgré l'existence de données probantes, ces questions sont très faiblement investies*

Les conclusions des travaux de recherche sur l'accueil du jeune enfant sont connues : au cours des dernières années, de nombreux rapports administratifs ont également insisté sur la nécessité de faire de la qualité de l'accueil et du développement de l'enfant un véritable objet de politique publique (cf. *supra*). Pourtant, cette question reste très faiblement investie, et **l'accueil du jeune enfant ne reste que marginalement abordé sous l'angle de son impact sur la santé.**

La priorité donnée à une logique « quantitative » de satisfaction des besoins d'accueil des parents, la difficulté de connaître les besoins et les caractéristiques des familles, les limites des outils de développement de l'offre et de sa qualité, et enfin la façon dont est abordée la question du coût pour les finances publiques des politiques d'accueil expliquent largement cette situation. Elle ne doit pas masquer le fait que la régulation de la qualité de l'accueil a fortement augmenté au cours des dernières décennies : l'agrément et le dispositif de formation des assistants maternels, ou encore la réglementation des professionnels des crèches, y participent.

2.2.1. **La connaissance des familles et des besoins d'accueil reste très faible**

Le fait que la politique d'accueil du jeune enfant reste largement quantitative s'explique d'abord par le fait que **la demande exprimée, et à plus forte raison la demande non exprimée, demeurent mal connus.**

La demande exprimée désigne les familles ayant formulé une demande de place d'accueil, quel qu'il soit, au cours d'une année donnée. L'appréciation de la demande non exprimée est en revanche plus compliquée : elle part de l'idée que toutes les familles qui auraient besoin d'une place d'accueil n'en font pas nécessairement la demande. La raison peut être liée à des freins sociologiques ou culturels : le fait d'élever un enfant peut renvoyer les femmes à l'idée qu'elles seraient de « mauvaises mères ». Elle peut aussi résulter d'obstacles pratiques : mauvaise information sur les modes d'accueil, coût estimé excessif au vu des ressources de la famille, manque d'offre d'accueil à proximité du domicile,...

Or la connaissance de ces questions demeure très faible : à l'exception de quelques territoires où des études ponctuelles ont pu être menées¹⁸⁶, il n'est pas possible de savoir quel type de famille fréquente quel mode d'accueil ni quelles sont les raisons pour lesquelles les familles font ou ne font pas de demandes. Les principales données disponibles en routine sont le nombre d'enfants inscrits, le nombre de places agréées par la PMI, le nombre d'heures de PAJE payées par les familles et la participation financière des familles, qui fournit une information sur leurs revenus. Elles ne sont pas toutes exploitées : par exemple, une étude sur données anonymisées, après appariement entre les infos CAF et les infos crèches via le numéro allocataires permettrait de mieux connaître les profils des enfants accueillis. **A l'heure actuelle, l'appariement entre offre et demande et le profil socioéconomique de la demande demeurent très mal connus.**

Le même problème se pose du côté de l'offre :

- les assistantes maternelles, qui constituent la première offre d'accueil hors famille (60 % du total), ne sont principalement connues par le biais du nombre d'agrément délivrés par le conseil général et par les montants de PAJE « libre choix du mode de garde » versés aux familles. En revanche, le nombre d'assistantes maternelles agréées mais n'exerçant pas ou accueillant un nombre d'enfants inférieur à leur agrément n'est pas connu : un groupe de travail DSS / CNAF a été mis en place pour tenter de disposer de connaissances plus solides sur le sujet ;

¹⁸⁶ La réalisation de ces études est toutefois très lourde à la fois pour la CAF et pour les gestionnaires de structures concernés.

- les critères d'admission pratiqués par les établissements d'accueil du jeune enfant ne sont pas connus, en dehors du respect des barèmes de participation des familles définis par la CNAF.

2.2.2. La qualité des modes d'accueil fait l'objet d'un investissement variable des pouvoirs publics

On peut définir la qualité des modes d'accueil selon deux types de critères : le premier est celui des conditions de fonctionnement de la structure (nombre d'enfants par professionnel, nombre total d'enfants accueillis, formation du personnel, conditions des locaux,...) ; le second est celui des pratiques sanitaires et éducatives qui rythment l'accueil. En partant de cette définition, l'intervention des pouvoirs publics en matière de qualité de l'accueil revêt trois principaux aspects.

Le premier de ces aspects est **la garantie de la sécurité et de la conformité sanitaire des locaux** où l'enfant pris en charge : l'agrément des assistantes maternelles, qui relève des services de protection maternelle et infantile au titre de la compétence générale dont dispose le conseil général en matière de protection des mineurs accueillis en-dehors du domicile parental, porte notamment sur les caractéristiques du logement ainsi que sur l'état de santé de l'assistante maternelle¹⁸⁷. Le conseil général est également compétent pour agréer les établissements d'accueil du jeune enfant.

Le second aspect est la **définition d'un taux d'encadrement** : les assistantes maternelles comme les établissements d'accueil du jeune enfant sont agréées pour un nombre maximum d'enfants pris en charge. En établissement, les taux d'encadrement doivent être d'un professionnel pour cinq enfants ne marchant pas et un pour huit enfants qui marchent. L'impact du taux d'encadrement sur la qualité de l'accueil doit toutefois être mesuré avec précaution : si un encadrement important (petit nombre d'enfants par adulte) favorise les interactions avec les enfants accueillis, il n'est pas en soi un garant de la qualité de l'accueil s'il est pris indépendamment de la formation du personnel et des besoins des enfants en fonction de leur âge et de leur situation. Une étude menée au Royaume-Uni montre ainsi que les écoles maternelles avec du personnel plus qualifié avaient de meilleurs résultats qualitatifs en matière de bien-être de l'enfant que d'autres structures d'accueil, alors même que leur taux d'encadrement était plus faible¹⁸⁸.

Les compétences des professionnels sont donc un élément central de la qualité de l'accueil. Outre l'agrément du conseil général¹⁸⁹, les assistantes maternelles sont soumises à un certain nombre d'obligations en matière de formation. Avant tout renouvellement d'agrément, elles doivent, en application de l'article L. 421-14 du code de l'action sociale et des familles, suivre une formation de 120 heures, et ne peuvent pas recevoir d'enfants avant d'avoir effectué une première tranche de 60 heures de formation. Une étude de la DREES réalisée en 2008 a toutefois mis en évidence la grande variété de conception du métier d'assistante maternelle chez celles qui le pratiquent, avec trois types de profil : des « professionnelles de la petite enfance », qui valorisent le savoir-faire et

¹⁸⁷ Art. R.421-3, « Pour obtenir l'agrément d'assistant maternel ou d'assistant familial, le candidat doit :
- présenter les garanties nécessaires pour accueillir des mineurs dans des conditions propres à assurer leur développement physique, intellectuel et affectif ;

- passer un examen médical qui a pour objet de vérifier que son état de santé lui permet d'accueillir habituellement des mineurs et dont le contenu est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la famille ;

- disposer d'un logement dont l'état, les dimensions, les conditions d'accès et l'environnement permettent d'assurer le bien-être et la sécurité des mineurs compte tenu du nombre et, s'agissant d'un candidat à l'agrément d'assistant maternel, de l'âge de ceux pour lesquels l'agrément est demandé. ».

¹⁸⁸ "Early years and childcare international evidence project", A. Mooney, C. Cameron, M. Candappa, S. MacQuail, P. Moss, P. Petrie, Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, Université de Londres (2003), cité dans le rapport Tabarot.

¹⁸⁹ Le référentiel en matière d'agrément des assistantes maternelles indique que l'agrément doit vérifier la disponibilité du candidat, sa capacité à s'adapter, ses capacités de communication et de dialogue, ses facultés éducatives.

s'expriment en termes de « référentiel métier » ; des « nounous, envers et contre tout », qui mettent en avant les qualités affectives ; et des « pragmatiques de la petite enfance » qui insistent à la fois sur leur rôle éducatif et sur l'importance de petits actes du quotidien auprès de l'enfant¹⁹⁰.

Dans les établissements d'accueil du jeune enfant, **les personnels chargés de l'encadrement** des enfants doivent être des puéricultrices diplômées d'Etat, des éducateurs de jeunes enfants diplômés d'Etat, des auxiliaires de puériculture diplômés, des infirmiers diplômés d'Etat ou des psychomotriciens diplômés d'Etat et, pour moitié au plus de l'effectif, des titulaires ayant une qualification de type CAP/BEP qui doivent justifier d'une expérience ou bénéficier d'un accompagnement.

La directrice de crèche est en général une puéricultrice. Les auxiliaires de puériculture¹⁹¹ assurent la préparation des locaux, l'accueil des parents, les soins d'hygiène et les repas, et effectuent des activités collectives en lien avec les éducatrices du jeune enfant. Ces dernières proposent des activités d'éveil et ont également pour rôle de « *mettre en question les pratiques professionnelles* »¹⁹² en proposant une approche du développement de l'enfant complémentaire à l'approche médicale et sanitaire. Leur présence varie en fonction du type d'établissement : en effet, les postes d'éducateur du jeune enfant ne sont obligatoires que lorsque la structure accueille au moins 25 enfants. Par ailleurs, la différenciation des tâches dépend très largement de la taille et du mode d'organisation de la structure – dans les plus petites structures, les tâches exercées par les différents membres de l'équipe sont très faiblement différenciées.

Les normes réglementaires permettent de définir un certain nombre d'obligations en matière de qualité de l'accueil. Mais **le suivi des personnels chargés de l'accueil des enfants, ainsi que de leurs obligations de formation, est très variable**, particulièrement en ce qui concerne la garde d'enfants à domicile : un rapport réalisé par l'IGAS en 2008 souligne le faible suivi de l'agrément qualité des structures prestataires ou mandataires, et la très forte hétérogénéité de formation des personnes employées de gré à gré par les familles.

Le suivi des assistantes maternelles, en dehors de la procédure d'agrément, est lui aussi extrêmement lacunaire : une étude du CREDOC pour la DREES sur le métier des assistantes maternelles révèle que ces dernières déplorent leur isolement ainsi qu'un manque de suivi et d'information. De plus, dans la totalité des départements évalués par l'IGAS dans son rapport de 2006 sur la PMI, le suivi annuel réglementaire des assistantes maternelles, loin d'être systématique, est réalisé au cas par cas suite à une plainte ou un signalement des parents ou des professionnels, ou s'avère être la variable d'ajustement des disponibilités des puéricultrices. La mise en place de relais assistantes maternelles a permis de modifier cet état de fait en assurant un meilleur accompagnement des professionnels : leur impact est toutefois inégal d'un territoire à l'autre, et ils ne prennent pas en compte la garde d'enfants à domicile.

Enfin, la question de la qualité de l'accueil n'est que rarement posée en termes de contenu des activités d'éveil. Ce débat est abordé principalement sous l'angle de l'articulation entre les modes d'accueil et la préscolarisation.

2.2.3. Les outils de programmation et de contractualisation sont inégalement investis selon les territoires

Dans un paysage où le pilotage de l'offre d'accueil est principalement partagé entre trois grandes catégories d'acteurs (communes, conseils généraux, branche famille), des outils de programmation et de contractualisation ont été progressivement élaborés. Leur objectif était de permettre la construction d'une offre en matière d'accueil qui soit davantage coordonnée et adaptée aux caractéristiques des territoires.

¹⁹⁰ E. David-Alberola, « Le métier d'assistante maternelle », DREES, *Etudes et Résultats* n°636, mai 2008.

¹⁹¹ Ces fonctions peuvent également être remplies par des titulaires d'un BEP carrières sanitaires et sociales ou d'un CAP petite enfance.

¹⁹² J. Micheau, E. Molière, S. Ohnheiser, « Les modes d'organisation des crèches collectives et les métiers de la petite enfance », DREES, *Etudes et résultats*, n°732, juillet 2010.

Si l'on considère que le type d'accueil et son contenu peuvent avoir un impact sur les inégalités de santé dans l'enfance, une vision consolidée et stratégique de l'ensemble de l'offre, et de son articulation avec les besoins, est nécessaire : les outils mis en place depuis dix ans pourraient y contribuer.

Leurs résultats demeurent toutefois très inégaux, et largement dépendant des dynamiques territoriales préexistantes. En outre, certains aspects de l'offre d'accueil, comme les critères d'admission en EAJE, relèvent de chaque structure : les commissions d'attribution des places en crèche ne concernent ainsi que les établissements gérés ou financés par les municipalités (régie municipale, associations,...).

Par ailleurs, il n'existe pas d'instance de décision qui permette d'arrêter le contenu et la stratégie d'un véritable service territorial d'accueil du jeune enfant, sur la base d'un diagnostic commun. De nombreux rapports consacrés à l'accueil du jeune enfant ont posé le même constat¹⁹³ : l'objet de la mission n'est pas de le rappeler, mais de voir dans quelle mesure les difficultés d'organisation d'un véritable service public de la petite enfance constituent un obstacle à la prise en compte de la santé de l'enfant dans les objectifs des modes d'accueil.

2.2.3.1. Les CDAJE constituent une instance de concertation sur l'accueil du jeune enfant, mais pas de pilotage

La commission départementale d'accueil du jeune enfant (CDAJE) est une instance de réflexion, de conseil, de proposition, d'appui et de suivi pour les institutions et organismes qui interviennent dans le domaine de l'accueil des jeunes enfants. Elle a été instaurée par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale¹⁹⁴, complétée par le décret n° 2002-798 du 3 mai 2002¹⁹⁵ qui fixe ses missions et sa composition. Chaque CDAJE est composée de trente membres, sous la présidence du président du conseil général et la vice-présidence du président du conseil d'administration de la CAF.

L'objet de la CDAJE est de constituer une enceinte départementale pour étudier les différentes questions relatives aux politiques de la petite enfance et proposer des orientations. Parmi les thèmes relevant du rôle de la CDAJE figurent le développement des modes d'accueil, l'information et l'orientation des familles, l'accès des enfants handicapés aux modes d'accueil, ou des enfants dont les parents sont engagés dans une démarche d'insertion, ou encore la qualité de l'accueil. La CDAJE doit par ailleurs élaborer annuellement un diagnostic des besoins en matière d'accueil du jeune enfant et contribuer à la cohérence des politiques en faveur de la petite enfance. Elle peut aussi proposer des outils à destination des professionnels : chartes de qualité, guides, fiches métiers...

¹⁹³ Voir à ce sujet notamment les travaux du CAS, ou encore le rapport de la députée Tabarot.

¹⁹⁴ Codifiées à l'article L.214-5 du code de l'action sociale et des familles : « Il est créé une commission départementale de l'accueil des jeunes enfants, instance de réflexion, de conseil, de proposition et de suivi concernant toutes questions relatives à l'organisation, au fonctionnement et au développement des modes d'accueil des jeunes enfants et à la politique générale conduite en faveur des jeunes enfants dans le département.

Présidée par le président du conseil général, cette commission comprend notamment des représentants des collectivités territoriales, des services de l'Etat, des caisses d'allocations familiales, d'associations, de gestionnaires et de professionnels concernés par les modes d'accueil des jeunes enfants, ainsi que des représentants d'usagers de ces modes d'accueil et des représentants des particuliers employeurs. Sa composition, ses compétences et ses modalités de fonctionnement sont déterminées par voie réglementaire ».

¹⁹⁵ Codifié aux articles D.214-1 à D.214-7 du code de l'action sociale et des familles.

Dans les territoires où s'est déplacée la mission, la qualité de l'accueil, bien que faisant partie des cinq axes de travail de la CDAJE, ne faisait que rarement l'objet d'une réflexion.

Les principaux thèmes abordés concernaient l'accueil des enfants handicapés, l'information des familles ou encore l'accueil des enfants dont les parents étaient engagés dans une démarche d'insertion. L'étude menée par la CNAF en 2009 sur ces questions montre que le thème de la qualité de l'accueil est abordé dans 14 sous-commissions. En revanche, la question spécifique de l'impact de la qualité de l'accueil sur la santé des enfants n'est pas identifiée en tant que telle.

Tableau 3 : Les douze thèmes les plus fréquemment retenus dans les sous-commissions des CDAJE

Thèmes retenus	Nombre de sous-commissions créées
Accueil des enfants porteurs de handicap ou de maladie chronique	31
Métier et professionnalisation des assistant(e)s maternel(le)s	19
Observatoire de la petite enfance Informations des familles Micro-crèches Qualité de l'accueil en EAJE et ALSH	14
RAM	12
Accueil des 2/4 ans Horaires spécifiques	11
Modes d'accueil innovants	10
Etat des lieux offre d'accueil individuel et collectif	9
Accueil des enfants dont les parents sont bénéficiaires de minimas sociaux ou en démarche d'insertion	8

Source : CNAF

Le fonctionnement de la CDAJE dépend largement des dynamiques territoriales préexistantes, et la CAF y joue un rôle de diagnostic et d'appui central. Trois grands types de difficultés contribuent toutefois au succès mitigé de cette instance :

- **la faible implication de l'Education nationale**, alors même que l'articulation entre petite enfance et préscolarisation justifie un partage, au niveau des territoires, des approches et des orientations retenues. L'article D. 214-3 du code de l'action sociale et des familles fixant la composition de la CDAJE y inclut « *trois représentants des services de l'Etat désignés par le préfet* », dont l'Education nationale peut faire partie : dans les faits, celle-ci semble fréquemment absente du dispositif ;
- **la difficulté à réunir la CDAJE dans certains départements, et la faible fréquence des réunions** : en 2009, près de neuf CDAJE sur dix (89 %) se réunissaient au maximum deux fois par an¹⁹⁶. Dans la moitié des CDAJE, des sous-commissions thématiques se réunissent toutefois de deux à quatre fois dans l'année. En 2009, seules un peu plus de la moitié des CDAJE (57 %) ont élaboré le diagnostic prévu par les textes, en s'appuyant largement sur les compétences de la CAF en la matière ;
- **le positionnement de la CDAJE comme instance d'observation plutôt que comme une enceinte permettant la définition d'une véritable stratégie**. Si les sous-commissions thématiques permettent d'aborder des thèmes communs de réflexion sur l'accueil du jeune enfant, elles ne permettent pas véritablement de nourrir une stratégie commune, départementale et communale.

¹⁹⁶ CNAF, Etat des lieux des CDAJE au 31 décembre 2009.

Compte tenu de ces limites, la CDAJE ne joue pas le rôle d'instance de pilotage de la politique d'accueil du jeune enfant : elle est au mieux un lieu de concertation et de réflexion collective sur des sujets précis. Dans certains cas, elle semble avoir un impact sur la qualité des prestations et la définition de priorités : en Ile-et-Vilaine, la sous-commission de la CDAJE consacrée aux personnes en situation de vulnérabilité a débouché sur la mise en place d'une subvention du conseil général aux EAJE en échange de la prise en compte de critères sociaux dans les critères de sélection des familles.

Le rôle de la CDAJE reste toutefois le plus souvent circonscrit, comme le confirme une évaluation réalisée par la CNAF en décembre 2010 : « *le rôle de la CDAJE le plus souvent cité (par la moitié [des CAF interrogées]) est celui d'observatoire et de communication. Comme en 2008, la moitié des CAF considèrent que la CDAJE a un effet limité voire inexistant sur l'offre d'accueil, sa qualité et l'équilibre territorial. Son rôle dans le partenariat est toutefois considéré comme fort pour la moitié des CAF. Son rôle éventuel dans la réalisation du schéma directeur est faiblement cité (2 fois)* ».

2.2.3.2. Les schémas départementaux de la petite enfance recouvrent des réalités très variables

Compte tenu de la diversité des acteurs intervenant pour organiser ou réguler les modes d'accueil, disposer d'un schéma territorial assorti d'un diagnostic et de priorités communes est nécessaire. A l'heure actuelle, plusieurs types de schémas coexistent :

- l'article L. 214-2 du code de l'action sociale et des familles permet aux communes ou aux intercommunalités d'adopter un schéma pluriannuel de développement des services d'accueil des enfants de moins de 6 ans, pour faire l'inventaire de l'offre et des besoins en matière d'accueil au niveau communal, et identifier des perspectives de développement. Lorsque ce schéma existe, il doit être présenté par le préfet devant la CDAJE ;
- l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles prévoit l'adoption d'un schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, porté conjointement par le président du conseil général et le préfet. Ce schéma doit être coordonné avec le schéma départemental de protection de l'enfance prévu par la loi du 5 mars 2007, et peut comporter un volet spécifique sur l'accueil de la petite enfance.

A la suite d'un rapport publié en 2007 par le centre d'analyse stratégique et proposant des pistes de mise en œuvre d'un service public de la petite enfance¹⁹⁷, des schémas départementaux d'accueil du jeune enfant ont été expérimentés : ils avaient vocation à être élaborés dans le cadre de la CDAJE afin de définir, au niveau départemental, des objectifs et des actions en matière d'accueil du jeune enfant. La CNAF a procédé en 2008 puis en 2010 à leur évaluation dans 7 départements.

Ces schémas consistent le plus souvent en un état des lieux général sur le territoire départemental : ils comprennent un état de l'offre, une évaluation des besoins et une présentation des moyens affectés à l'accueil du jeune enfant par les différents partenaires. En revanche, dans les schémas consultés par la mission, l'analyse des déterminants de l'offre et des besoins, la répartition fine de l'offre sur le territoire infra-départemental et la définition d'objectifs communs aux différents acteurs, ne sont pas systématiquement abordés.

En outre, l'élaboration du schéma n'est pas systématiquement partenariale, reflétant les difficultés à l'œuvre au sein de la CDAJE. Il illustre la difficulté de définir des objectifs de développement de l'offre dans un contexte où la connaissance des besoins reste lacunaire et où le premier mode d'accueil, les assistantes maternelles, ne fait l'objet que d'une faible régulation.

¹⁹⁷ Op. cit.

Globalement, l'évaluation réalisée par la CNAF met en évidence un impact faible de ce nouvel outil, y compris dans les territoires où de bonnes relations existent entre les CAF, le conseil général et les communes. Plus largement, elle souligne aussi **les limites d'outils génériques tels que la CDAJE ou les schémas**, à la différence de projets concrets et précis comme la mise en place d'un numéro unique d'enregistrement (cf. *infra*) ou d'un système d'information des familles, dont l'évaluation souligne les résultats.

Tableau 4 : Principaux effets de l'expérimentation d'un schéma départemental

	Fort	Limité	Aucun effet	Total
Partenariat	2	1	2	5
Développement quantitatif de places	1	2	2	5
Qualité de l'offre d'accueil	0	3	2	5
L'équilibre des différents territoires	1	2	2	5
Total	4	8	8	20

Source : Enquête CNAF, recueil juin 2010

L'absence d'un diagnostic commun à un niveau territorial fin constitue un obstacle à la définition d'une politique d'accueil du jeune enfant mieux adaptée aux besoins des familles et à leurs caractéristiques.

2.2.3.3. Les CEJ permettent d'orienter davantage les financements des CAF en fonction de leurs priorités mais s'intéressent peu à la qualité de l'accueil

En 2006, la CNAF s'est dotée d'un nouvel outil de contractualisation, le contrat enfance jeunesse, qui remplace et unifie les dispositifs contractuels antérieurs (contrats « enfance » et « temps libre ») et vise à orienter les financements accordés par les CAF pour l'accueil du jeune enfant. Il a pour objet « *d'unifier les outils dont dispose la CNAF pour développer l'offre d'accueil en faveur des enfants et des jeunes, d'accentuer l'aide en direction des territoires et des publics les moins bien servis par l'offre d'accueil, de soutenir les collectivités territoriales dans leur projet et de maîtriser l'évolution des dépenses* »¹⁹⁸.

1723 CEJ ont été signés en 2008, et 614 en 2009 : plus de la moitié des montants (54 %) sont consacrés à l'enfance. Si les CEJ sont principalement conclus entre les CAF et les communes, il existe au niveau national 13 CEJ signés avec des conseils généraux ainsi que quelques CEJ conclus avec des entreprises.

La dimension qualitative des contrats enfance jeunesse demeure toutefois inégalement utilisée : les objectifs de diversification de l'accueil sont le plus souvent génériques et peu évalués par les CAF, hormis quelques statistiques collectées auprès des EAJE bénéficiaires des financements. Par ailleurs, dans les départements où s'est rendue la mission, le non respect par un EAJE de ses engagements n'a que peu de conséquences. De la même manière, les critères d'appréciation qualitative des projets peuvent très fortement varier d'un territoire à l'autre.

Les contrats enfance jeunesse se rapprochent davantage d'un outil de programmation : ils comportent un diagnostic territorial qui sert de préalable à la définition des projets retenus dans le cadre du contrat, mais qui ne porte que sur le projet en question et ne permettent pas d'organiser les financements à l'échelle d'un territoire sur l'ensemble des modes d'accueil.

¹⁹⁸ Source : CNAF.

2.2.4. Les dépenses publiques en faveur de l'accueil du jeune enfant sont importantes mais ne sont pas envisagées comme investissement pour l'avenir

Le dernier obstacle à la définition d'une véritable politique d'accueil et de développement du jeune enfant réside dans la façon dont son coût pour la collectivité est envisagé. A l'heure actuelle, l'offre d'accueil fait l'objet d'un effort collectif important, de près de 10 Mds€ pour les enfants de moins de trois ans, qui se traduit à la fois dans le taux de couverture (48 %) et dans le niveau de solvabilisation du coût de l'accueil.

Toutefois, si l'on considère ces dépenses sous l'angle d'un investissement pour l'avenir, leur niveau pourrait être reconsidéré. Les études réalisées à l'étranger mettent en évidence le fait qu'un investissement plus poussé dans des programmes de développement préscolaire du jeune enfant, peuvent avoir un impact sensible sur leur développement, à condition d'être suffisamment ancré dans le temps. L'un des exemples les plus célèbres est le programme *Perry Preschool* : son objectif était d'améliorer le développement et l'apprentissage des jeunes enfants issus de milieux défavorisés. L'étude consistait en un essai clinique aléatoire auprès de 123 enfants avec un suivi des participants jusqu'à l'âge de 40 ans. Les résultats de l'étude mettent en évidence un retour sur investissement de 7,16 \$ pour les finances publiques de chaque dollar investi¹⁹⁹.

Plus largement, le développement des modes d'accueil permet de réduire le risque de conflit entre l'objectif de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle des ménages et une offre d'accueil mieux orientée vers les enfants, pour lesquels elle présenterait un bénéfice particulier. Les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées accèdent moins aux modes d'accueil pour partie du fait d'un biais de sélection des modes d'accueil, qui favorisent encore largement les couples biactifs par leurs critères d'admission, dont le prix peut constituer un frein et dont l'implantation ne correspond pas toujours aux besoins des ménages les plus défavorisés. Les bénéfices des modes d'accueil en termes de stimulation éventuelle de l'enfant, de revenu pour la famille et d'environnement de santé sont donc inégalement répartis entre catégories socioprofessionnelles.

Le rapport Tabarot proposait en 2008 de porter à 60 % le taux de couverture des modes d'accueil : ce chiffrage s'appuie sur une étude de la DARES évaluant à un tiers le nombre de femmes qui se sont arrêtées de travailler à la naissance de leur enfant pour une raison liée aux modes d'accueil. Cette estimation suppose toutefois que le nombre de places de préscolarisation demeure inchangé.

3. COMMENT INTEGRER LA REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE DANS LES OBJECTIFS DE LA POLITIQUE D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT ?

Compte tenu de l'état des connaissances sur les déterminants de la santé liés à l'accueil du jeune enfant, la mission s'est intéressée à trois grandes pistes d'action²⁰⁰ :

- renforcer l'accès à des modes d'accueil collectif lorsqu'il s'avère que ceux-ci seraient favorables à la santé de l'enfant ;
- agir sur la qualité des modes d'intervention dans l'accueil du jeune enfant : qualité de l'accueil individuel, contenu éducatif de l'accueil collectif, meilleure coordination avec des acteurs extérieurs ;
- mieux utiliser les modes d'accueil collectifs pour organiser des actions de dépistage ou d'éducation à la santé.

¹⁹⁹ Une méta-analyse réalisée en 2004 par Sweet et Appelbaum sur 34 programmes préscolaires de prévention montre toutefois que les effets de ces programmes tendent à décliner au cours du temps (source OCDE).

²⁰⁰ Les questions de parentalité sont traitées à part, dans l'annexe consacrée à ce sujet.

3.1. Favoriser l'accès aux modes d'accueil collectifs des enfants de familles en difficulté sociale et parentale

3.1.1. Afficher un objectif de santé et de développement des enfants dans les priorités des modes d'accueil

L'un des paradoxes de l'accueil du jeune enfant est que l'action sur la santé de l'enfant, considérée comme essentielle par l'ensemble des acteurs, n'est pas dans les faits un objectif prioritaire de la politique d'accueil. Or il est indispensable que cet objectif soit réellement intégré pour se traduire ensuite dans la réalité des pratiques. Un volet « développement de l'enfant » pourrait ainsi être intégré dans les CEJ.

3.1.2. Développer des outils de connaissance des besoins et de leur adéquation avec l'offre d'accueil

Cibler des interventions plus intensives sur les familles qui en ont le plus besoin, notamment les familles défavorisées, suppose au préalable de disposer d'un diagnostic pour comprendre quelles sont les caractéristiques des ménages et les déterminants de la demande d'accueil. Les difficultés d'un tel diagnostic ne doivent pas être sous-estimées : la demande non exprimée est notamment particulièrement complexe à mesurer (cf. encadré *infra*). En outre, les besoins des ménages sont fluctuants dans le temps, ce qui peut rendre les diagnostics rapidement obsolètes.

Des éléments de diagnostic peuvent être posés au moyen des données dont disposent les CAF : l'outil IMAJE et les informations relatives aux revenus des familles constituent un socle intéressant. En l'absence de schéma départemental systématique, ces données sont principalement mobilisées que dans le cadre des contrats enfance jeunesse signés avec un financeur dans le cadre d'un projet précis : les diagnostics territoriaux permettant d'avoir une vue plus large de l'offre dans ses différentes composantes demeurent ponctuels. Dans le cas du CEJ de Montpellier, la situation sociale des familles sur les différents quartiers est un élément du diagnostic, dans la mesure où l'appui aux personnes en insertion est l'une des priorités du contrat. Elle ne rentre toutefois en ligne de compte que pour l'organisation de l'offre municipale.

La réalisation d'un diagnostic territorial systématique, intégrant des données socioéconomiques, pourrait être confiée aux CAF. Il pourrait être réalisé soit dans le cadre d'un véritable schéma départemental de la petite enfance, soit dans le cadre d'un contrat avec la CAF qui intégrerait l'ensemble des aspects de l'offre et de la demande d'accueil sur un territoire donné, ce qui n'est pas le cas actuellement.

Au niveau national, les données de gestion pourraient être davantage utilisées pour connaître les caractéristiques socio-économiques des familles bénéficiaires d'un mode d'accueil. Deux autres sujets mériteraient également d'être mieux étudiés : les profils et les conditions d'emploi des personnels de la petite enfance, notamment des assistantes maternelles. Un bilan national devrait être également effectué pour connaître l'effet de certains dispositifs visant à assurer l'égalité des chances dans l'offre d'accueil : à titre prioritaire, un bilan de l'accès des personnes en insertion aux établissements d'accueil mériterait d'être réalisé, de même qu'une nouvelle étude sur les effets de la PSU sur les conditions de fonctionnement des structures.

Au-delà de l'étape que constitue le diagnostic territorial, un système unifié de gestion des demandes d'accueil permettrait de mieux mesurer les besoins exprimés et d'y répondre de façon plus efficace. Or la fragmentation des financeurs et de l'absence d'identification d'un guichet unique, ou tout au moins coordonné, vers lequel puissent se tourner les familles, demeure la règle. De ce fait, les doubles demandes sont fréquentes, et les familles connaissant le mieux le « système » tendent à avoir plus aisément accès à l'offre. Dans son rapport de février 2007 sur la mise en place d'un service public de la petite enfance, le CAS proposait notamment d'« *expérimenter un numéro unique d'enregistrement à l'échelle communale, intercommunale ou départementale* », que la demande de la famille porte sur un mode d'accueil collectif

ou individuel²⁰¹. Cette expérimentation devait permettre d'identifier, selon les territoires, le niveau pertinent de connaissance de la demande, le type d'accueil à inclure, ainsi que le coût et les paramètres techniques d'un tel dispositif.

Il s'est cependant heurté à l'absence de cohérence des initiatives engagées : la CNAF a mis au point un site internet www.mon-enfant.fr, qui vise à offrir aux familles une vision consolidée des prestations dont elles peuvent bénéficier. De leur côté, certaines communes ont mis en place un système de liste unique des demandes, mais qui ne porte que sur les structures dont elles ont la charge, excluant de fait les structures non municipales et les assistantes maternelles. En l'absence d'accord, au niveau local, entre les différents acteurs impliqués dans la définition de l'offre d'accueil, ce type d'initiative tend à reproduire les morcellements préexistants, sans remplir son objectif d'unification.

Imposer un système d'enregistrement unique, obligatoire sur l'ensemble du territoire, des demandes d'accueil, présenterait le risque de mettre à mal les dynamiques territoriales préexistantes. En revanche, **un travail entre mon-enfant.fr et les systèmes d'information des communes, des conseils généraux et des EAJE à gestion privée permettrait de disposer d'une base de données commune sur l'offre et la demande exprimée, quels que soient les guichets mis en place au niveau des territoires.** Le développement de l'utilisation de mon-enfant.fr au cours des deux dernières années contribue à crédibiliser cette solution.

Tableau 5 : Statistiques de consultation de monenfant.fr

Année 2009

Mois	Visiteurs différents	Visites	Pages
Jan 2009	0	0	0
Juil 2009	70 771	8 9174	8 68543
Déc 2009	59 867	75 066	69 4402
Total	737 916	925 514	9 149 808

Année 2010

Mois	Visiteurs différents	Visites	Pages
Jan 2010	102 973	131 902	1 292 640
Juil 2010	93 318	122 243	2 432 282
Déc 2010	65 053	84 068	1 636 962
Total	1 283 291	1 665 306	27 646 092

Source : CNAF

Un troisième besoin, distinct du précédent, est la définition d'un guichet unique sur chaque territoire pour informer les ménages de l'offre d'accueil du jeune enfant et pré-enregistrer leur demande. Cette information dépend en général de l'organisme vers lequel les parents se tournent – caisse d'allocations familiales, commune, établissement d'accueil, assistante maternelle. Sur certains territoires – comme la ville de Lyon, qui a mis en place des points accueil information pour la petite enfance (PAIPE) – il existe des guichets uniques pour l'offre municipale. Certains réseaux d'assistantes maternelles jouent également ce rôle dans le champ qui les concerne. Il n'existe pas en revanche de dispositif global de délivrance de l'information et de répartition de la demande tous modes d'accueil confondus : il n'est ainsi pas rare de voir une commune et une CAF

²⁰¹ « Un numéro d'enregistrement unique des demandes des familles permettrait, d'une part, de disposer en temps réel d'une information quant aux souhaits exprimés par les familles en termes de mode d'accueil (chaque famille devant formuler un premier choix et un second choix) et de traiter cette demande en fonction de l'offre disponible et de paramètres pertinents (ressources, contraintes professionnelles, etc.) ».

proposer, pour le même territoire, des informations séparées, sans savoir quelles sont les familles qui ont bénéficié d'une information et celles qui n'en ont pas reçue.

Si l'on veut faciliter l'accès des familles qui en ont le plus besoin aux modes d'accueil collectif, **l'organisation du contact avec les ménages et la définition d'un guichet unique d'information et d'enregistrement des demandes doit être une priorité** : il ne s'agit pas de définir un modèle unique en la matière. En revanche, **sur chaque territoire de proximité, un « chef de file » doit être chargé d'organiser l'information en direction des familles de manière cohérente**. Cela peut être la commune, la CAF, le conseil général ou encore le réseau d'assistantes maternelles. Il est en revanche essentiel que cette information soit délivrée pour l'ensemble des modes d'accueil. L'« enregistrement » des demandes n'est pas possible pour l'ensemble des modes d'accueil, dans la mesure où l'embauche d'une assistante maternelle est une relation avec un particulier employeur.

3.1.3. Accompagner les familles vers les modes d'accueil

Les propositions présentées ci-dessus ne prennent en compte que la demande exprimée. Or celle-ci n'est pas nécessairement équivalente aux besoins réels en matière d'accueil du jeune enfant. Une étude commandée par la CNAF a souligné la complexité de ce sujet : *« en interrogeant des mères sur leurs besoins en matière de garde d'enfant, [...] ces dernières n'éprouvent pas le besoin de faire garder leur enfant [...]. Or, cette image est à nuancer. En effet, ces besoins limités masquent le fait majeur que ces femmes (qui ne travaillent pas et qui ne peuvent compter que sur leur famille) attendent l'entrée de leur enfant à l'école pour rechercher et reprendre un emploi²⁰² ».*

La première étape consiste à repérer au plus tôt, dès l'entretien prénatal précoce et le certificat de grossesse, les familles pour lesquelles un accès à un mode collectif d'accueil du jeune enfant. **Disposer, au cours de la grossesse, d'un temps d'entretien avec la famille** est nécessaire : le fait que 30 % seulement des femmes enceintes, selon l'enquête réalisée en 2009 par l'UNAF, se soient vues proposer un entretien prénatal précoce constitue à ce titre une perte d'occasion d'échanger avec les futurs parents. Certaines caisses d'allocations familiales ou de la mutualité sociale agricole, lorsqu'elles reçoivent les certificats de grossesse, utilisent les informations qui y sont relevées pour contacter des familles en amont de la naissance et leur proposer les services qui leur paraissent les plus utiles. Cette démarche n'est toutefois pas systématisée.

Accompagner les familles vers les modes d'accueil collectif ne doit pas conduire à placer les professionnels dans une position prescriptive : dans ce domaine, le rôle des travailleurs sociaux, et des associations de proximité, revêt une importance particulière. Elles doivent permettre d'identifier quels sont les freins spécifiques qui peuvent faire obstacle à l'expression d'une demande d'accueil, et de **trouver la place d'accueil la plus adaptée aux besoins de la famille**. Or, malgré les évolutions induites par la mise en place de la prestation de service unique²⁰³ et le développement de structures de multi-accueil, les critères d'admission demeurent favorables aux parents actifs avec un besoin de prise en charge régulier : *« les critères d'attribution [...] semblent donner implicitement la priorité aux parents les plus actifs et paraissent limiter l'accès à d'autres profils de parents. [...] Presque tous les établissements visités se définissent comme fonctionnant en multi-accueil mais précisent pour une grande partie d'entre eux que leur orientation préférentielle reste l'accueil régulier d'enfants à temps plein »²⁰⁴.*

²⁰² CNAF, étude citée.

²⁰³ Une enquête réalisée par la CNAF en 2007 auprès des CAF a toutefois confirmé le fait que la PSU avait permis une évolution du fonctionnement des structures : 83 % des Caf concluent que cela a permis une amélioration de la souplesse de fonctionnement (réservation horaire, à temps partiel, etc.) et 76 % des Caf déclarent que la PSU a engendré une modification de la typologie des familles accueillies.

²⁰⁴ J. Micheau, E. Molière, S. Ohnheiser, « Les modes d'organisation des crèches collectives et les métiers de la petite enfance », DREES, *Etudes et résultats*, n°732, juillet 2010.

De la même manière, l'application des dispositions de l'article L. 214-7 du CASF concernant l'accueil des enfants dont les parents sont engagés dans une démarche d'insertion est réalisée le plus souvent par le biais des places d'urgence dont disposent les établissements. Font exception les communes où l'accompagnement des personnes en insertion est identifiée comme une priorité de la politique d'accueil, à l'instar de la ville de Montpellier : des micro-crèches ont été développées près des lieux de formation et les EAJE communaux intègrent dans leurs critères d'accès le revenu de la famille et les situations éventuelles de monoparentalité.

Plusieurs pistes peuvent être systématisées en s'inspirant de ces démarches :

- **renforcer les orientations au sein des dispositifs des CAF en faveur d'un accueil collectif pour les personnes fragiles** : les exigences en matière de critères d'accueil pourraient être accentuées, et des financements fléchés pour le développement d'une offre spécifique en direction des personnes en insertion, reposant notamment sur une coordination systématique avec les services de Pôle emploi, pour identifier les besoins le plus en amont possible et y apporter une solution pérenne ;
- **réserver des places pour les partenaires de la commune** (protection maternelle et infantile, services d'insertion du conseil général) estimant qu'une famille dont ils ont connaissance a besoin d'un accueil collectif²⁰⁵. Pour que cette solution ne compromette pas l'équilibre financier des structures, un financement spécifique pourrait là aussi intervenir dans le cadre du CEJ : ce n'est que sous réserve d'une compensation du risque financier qu'une telle souplesse représente pour les structures que ces solutions seront envisageables. Par ailleurs, cette solution ne doit pas conduire à stigmatiser les familles considérées. Enfin, cela suppose d'intégrer dans le CEJ d'autres cofinanceurs que la CAF, par exemple l'Etat. Ce point devrait être discuté dans le cadre de la négociation de la prochaine convention d'objectifs et de gestion.

Dans le cadre de la prochaine COG Etat-CNAF la possibilité d'utiliser les CEJ pour développer les dispositifs en faveur des personnes en insertion, en finançant des places « réservées » pour les familles avec des besoins particuliers devrait être étudiée.

3.2. Expérimenter des modes d'accueil à qualité renforcée

La question de la qualité des modes d'accueil fait l'objet de très vifs débats, qui mettent en regard son coût pour les finances publiques et son impact sur le développement des enfants pris en charge. Par ailleurs, l'objectif immédiat de réponse à la demande exprimée tend à l'emporter sur une réflexion plus en profondeur sur l'adéquation entre offre et besoins.

Cette question doit aussi être examinée en articulation avec le débat pour la préscolarisation : quel contenu éducatif faut-il dans les structures d'accueil ? Faut-il le faire évoluer compte tenu du recul de la préscolarisation, ou au contraire préconiser un retour à davantage de préscolarisation ?

3.2.1. Faire évoluer l'organisation des modes d'accueil

L'organisation des équipes est un premier levier permettant d'agir sur la qualité de l'accueil.

La composition de l'équipe de l'EAJE accorde une place inégale aux éducateurs du jeune enfant : l'article R. 2324-41 du code de la santé publique prévoit un demi-poste pour 25 places et un demi-poste supplémentaire par tranche de 20 dans les EAJE (un pour trente places dans les services d'accueil familial). L'étude de la DREES citée plus haut sur les métiers de la petite enfance met notamment en évidence le fait que les activités proposées par les éducatrices du jeune enfant sont souvent une « variable d'ajustement » dans le rythme des journées. Leur développement dans l'ensemble des crèches permettrait de renforcer les activités de développement des enfants accueillis : le coût d'une telle évolution devra être expertisé, de même que la qualification des personnels nécessaire.

²⁰⁵ C'est d'ores et déjà le cas dans certaines collectivités, comme à Lille.

L'articulation entre la crèche et le reste du temps de l'enfant est un autre élément de la qualité de l'accueil : compte tenu de l'impact de journées trop longues en crèche sur le développement de l'enfant, des solutions mixtes de prise en charge en accueil collectif et par des assistantes maternelles pour les parents dont les contraintes horaires sont fortes (horaires atypiques des deux parents notamment) pourraient être encouragées.

A niveau d'offre constant se pose la question de l'inégalité territoriale dans la répartition de l'offre, et de l'accès des territoires les plus défavorisés à des équipements de qualité. Cet aménagement territorial se heurte à plusieurs contraintes : le développement d'une offre collective doit en effet prendre en compte les contraintes liées au coût du foncier, à l'existence ou non de porteurs de projets et à la demande potentielle sur le territoire d'implantation de la structure. Dans les territoires où le développement d'une offre collective est difficile, **l'extension de solutions souples**, comme celle des micro-crèches ou des « bébés bus » (cf. *supra* rapport de synthèse) mériterait d'être examinée.

3.2.2. Offrir davantage de programmes ciblés de qualité

Des expériences de modes d'accueil de qualité renforcée pourraient être testées dans deux directions :

- **la coordination des professionnels autour d'un projet d'accueil, sur le modèle des projets de réussite éducative** : dans une crèche multi-accueil visitée par la mission à Montpellier, ouverte prioritairement aux familles en difficulté ou en insertion, le travail en réseau effectué avec d'autres acteurs sociaux (services du conseil général, centre social de la CAF, associations) permet, au-delà de l'offre d'accueil, de tenter de résoudre en commun les cas les plus problématiques. Il s'agit toutefois d'un travail informel. Il pourrait être imaginé de le systématiser, sur le modèle des projets de réussite éducative mis en place dans les territoires prioritaires de la politique de la ville pour les enfants d'âge scolaire : cette orientation permettrait d'agir de façon coordonnée sur les cumuls de difficultés que peuvent connaître certains enfants dès le plus jeune âge, tout en préservant l'objectif de mixité des structures d'accueil ;
- **le financement de programmes d'intervention précoce dans des territoires particulièrement défavorisés** : dans un certain nombre de pays étrangers (cf. le Perry Preschool Programm cité *supra*) ont été expérimentés depuis les années 1980 des programmes d'interventions ciblées offrant des prestations de qualité renforcée à des enfants en difficulté dès le début de leur vie, du fait d'un cumul de désavantages économiques et sociaux. Prévoir au sein du FNAS (et notamment via les CEJ) une enveloppe spécifique dédiée au financement de programmes d'intervention précoce sur des territoires en difficulté, à la fois en EAJE et en préscolarisation, jusqu'à la 6^e année de l'enfant, pourrait ainsi être envisagé.

Encadré : un exemple de programme d'intervention précoce, le Carolina Abecedarian

Ce projet avait pour objet de proposer une éducation précoce intensive, de la naissance à l'âge de six ans, à des enfants issus de milieux défavorisés. Une première partie du programme, jusqu'à l'âge de trois ans, consistait dans le développement d'activités motrices, sociales et cognitives, 7 heures par jour et 7 jours par semaine, dans un centre de développement de l'enfant. A compter de l'âge de trois ans, les enfants bénéficiaient d'un programme préscolaire centré sur les habiletés langagières et de communication. Un enseignant-témoin qualifié assurait pendant cette période le rôle de personne-ressource, en se rendant une quinzaine de fois au cours de l'année à l'école et au domicile de l'enfant pour assurer un accompagnement individualisé.

L'évaluation de ce programme a montré des effets sensibles, par rapport à un groupe témoin, sur le développement intellectuel des enfants défavorisés – seuls 12 % des enfants du programme ont redoublé leur première année de primaire, contre 32 % du groupe témoin. En revanche, sans soutien par la suite, les effets du programme diminuent.

Une analyse québécoise de plusieurs programmes d'intervention précoce conclut que les plus efficaces sont ceux centrés sur le développement des habiletés langagières, suffisamment ancrés dans le temps (5 ans) et associant une intervention intensive sur l'enfant et un accompagnement de sa famille.

Sur ce point comme sur celui de la priorité d'accueil à donner aux familles pour lesquelles un accueil collectif serait particulièrement bénéfique, **les outils de contractualisation des CAF (et notamment le contrat enfant jeunesse) apparaissent comme des outils particulièrement appropriés pour porter des orientations nationales dans un paysage où le développement de l'offre d'accueil demeure une compétence facultative des communes et dépend largement des initiatives locales.** Cela supposerait de revenir sur l'orientation retenue jusqu'à présent, qui est celle du libre choix des parents et de la diversité des modes d'accueil, et d'affirmer l'intérêt de certains dispositifs pour améliorer le bien-être de l'enfant et réduire les inégalités. Ce sujet doit être discuté dans le cadre de la prochaine COG conclue entre l'Etat et la CNAF.

Parmi les principes qui doivent guider la politique d'accueil du jeune enfant figure la place à accorder aux parents : les professionnels ne doivent en aucun cas, dans leur appui aux familles, se substituer au rôle parental, qu'ils ne doivent qu'appuyer. Plus largement, les lieux d'accueil du jeune enfant constituent également une occasion de rencontrer les familles, d'identifier d'éventuelles difficultés sociales ou familiales et d'y apporter une solution. Les temps de rencontre avec les parents et leur implication dans l'accueil de leur enfant revêtent donc une importance particulière. Ces points sont développés dans l'annexe consacrée à la parentalité.

3.3. Mieux utiliser les opportunités de dépistage / éducation à la santé

Le fait que les modes d'accueil soient aussi, pour la plupart d'entre eux, des lieux de vie, constitue une opportunité pour organiser des actions systématiques dans le champ de la santé. Ces actions, à visée universelle, permettent potentiellement de réduire les inégalités de recours aux professionnels de santé entre les familles.

Les expériences de dépistage systématique proposées en matière buccodentaire constituent une première piste intéressante. Le même travail pourrait être fait en matière de **vaccination**, à l'image des initiatives prises par certaines communes.

Un second aspect sur lequel l'accueil du jeune enfant permet de mieux prendre en compte sa santé est la question des **accidents domestiques**. Le développement des RAM devrait permettre de mieux accompagner sur ce sujet tant les assistantes maternelles que les salariés à domicile.

3.4. *Les faiblesses du pilotage de la politique d'accueil peuvent constituer un frein à la réalisation de ces objectifs*

L'organisation de la politique d'accueil du jeune enfant ne constitue pas en tant que tel le sujet du présent rapport : la mise en œuvre des différentes préconisations pour améliorer la prise en compte des enjeux de santé et de développement de l'enfant dans les politiques d'accueil suppose toutefois que la complexité du pilotage ne constitue pas un obstacle.

Beaucoup de propositions ont été faites sur ce sujet, visant notamment à concrétiser un véritable service public de la petite enfance. Du point de vue de la mission, quelles que soient les solutions retenues, trois orientations revêtent une importance particulière :

- **la valorisation de la compétence des CAF** comme appui technique indispensable à la réalisation de diagnostics territoriaux permettant d'avoir une vision consolidée tant de l'offre que de la demande, et comme garant d'orientations nationales en matière d'accueil du jeune enfant ;
- **la nécessité de remplir des fonctions de base**, dont le chef de file peut varier en fonction des territoires et de leurs dynamiques propres : diagnostic territorial fin ; stratégie concertée de développement de l'offre, dans tous ses aspects ; information, orientation et inscription des familles pour répondre à leurs demandes d'accueil ;
- **l'intérêt de contractualiser sur des projets concrets**, en s'appuyant sur les différents outils de contractualisation des CAF (notamment les CEJ) - à condition d'en développer davantage la dimension qualitative et de les étendre davantage à l'ensemble des acteurs ;
- **la diffusion chez les personnels de la petite enfance des outils de connaissance** que constituent notamment les guides et référentiels élaborés par l'INPES.

ANNEXE N°7 - PIÈCE JOINTE N 1 : TYPOLOGIE DES PRINCIPAUX MODES D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

Les **crèches collectives** (établissements d'accueil régulier d'enfants de moins de 3 ans), conçues pour recevoir dans la journée, de façon régulière, des enfants de moins de 3 ans, regroupent :

- les crèches traditionnelles de quartier, implantées à proximité du domicile de l'enfant ;
- les crèches traditionnelles de personnel implantées sur le lieu de travail des parents ;
- les crèches à gestion parentale, administrées par les parents regroupés en association de type loi 1901.

Les **haltes-garderies** (établissements d'accueil occasionnel) accueillent ponctuellement des enfants de moins de 6 ans. Elles permettent d'offrir aux enfants de moins de 3 ans des temps de rencontre et d'activité communs avec d'autres enfants, les préparant progressivement à l'entrée à l'école maternelle.

Les **établissements « multi-accueil »** proposent différents modes d'accueil d'enfants de moins de 6 ans au sein d'une même structure. Ils offrent fréquemment une combinaison de plusieurs modes d'accueil collectif de type crèche, jardin d'enfants, halte-garderie et/ou des places d'accueil polyvalent (utilisées selon les besoins tantôt à de l'accueil régulier, tantôt à de l'accueil occasionnel).

Les **crèches familiales** (services d'accueil familial) regroupent des assistants maternels agréés qui accueillent les enfants à leur domicile, sans regrouper l'ensemble des enfants dans un même lieu. Elles sont supervisées et gérées comme les crèches collectives. Les assistants maternels y travaillant sont rémunérés par la collectivité locale ou l'organisme privé qui les emploie.

Les **jardins d'enfants** (établissements d'accueil régulier d'enfants de 3 à 6 ans) sont conçus comme une alternative à l'école maternelle. Ils doivent assurer le développement des capacités physiques et mentales des enfants par des exercices et des jeux. Ils peuvent éventuellement recevoir des enfants dès l'âge de 2 ans. Ils comptent en 2008 environ 3 200 places. Ils ne doivent pas être confondus avec les jardins d'éveil.

Les **micro-crèches** sont des structures expérimentales pouvant accueillir, simultanément, neuf enfants au maximum. Ces établissements bénéficient, pour partie, de conditions dérogatoires. Une micro-crèche est autorisée à fonctionner sans directeur, sous réserve que le gestionnaire ait désigné une personne physique chargée du suivi technique de l'établissement, de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'accueil. Les personnes chargées de l'encadrement et de la prise en charge des enfants doivent, au minimum, avoir deux ans d'expérience auprès de jeunes enfants et être titulaire d'une certification au moins de niveau V ou cinq ans d'expérience en tant qu'assistante maternelle. Enfin elles peuvent bénéficier d'un financement indirect via le complément mode de garde « structure » de la PAJE versé directement aux familles et d'un financement direct via la prestation de service.

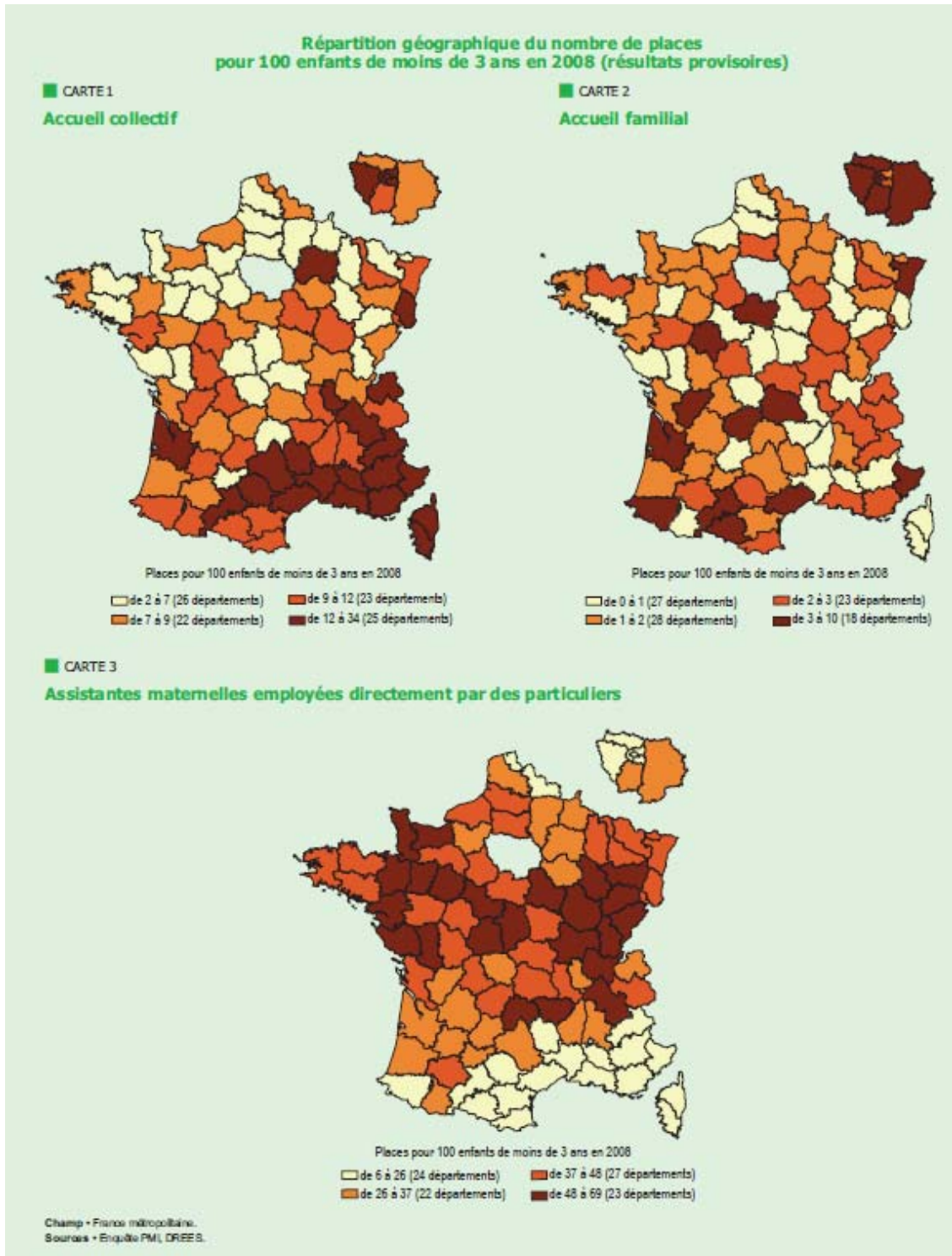
Source : *PLFSS 2011, extrait du PQE « famille »*

**ANNEXE N°7 - PIECE JOINTE N°2 : REPARTITION DES COMPETENCES EN
MATIERE D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT**

Conseils généraux	Branche famille CAF – MSA	Etat	Communes et intercommunalités	Associations	Entreprises de crèche
Contrôle de la qualité de l'accueil individuel et collectif des enfants de moins de 6 ans	Financement de l'accueil individuel (CMG de la PAJE)	Accueil préscolaire : recrutement et financement des professeurs des écoles	Mise à disposition des locaux (écoles maternelles et garderies périscolaires)	Gestionnaires d'établissements et services de la petite enfance	Gestionnaires d'établissements et services de la petite enfance
Autorisation de création de structures d'accueil collectif	Financement de l'accueil collectif (Prestation de service unique et contrats enfance jeunesse)	Financement des réductions fiscales et des crédits d'impôt	Financement des ATSEM		
Agrément, surveillance et formation des assistantes maternelles	Financement du complément libre choix d'activité de la PAJE (CLCA et COLCA)		Gestion d'établissements collectifs d'accueil de la petite enfance		
			Financement du coût résiduel d'accueil en établissement collectif (une fois déduites les financements de la branche famille et la participation parentale)		

Source : IGAS, Rapport sur le développement de la garde d'enfants, mars 2009

ANNEXE N°7 - PIECE JOINTE N°3 : REPARTITION DES PLACES D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT PAR DEPARTEMENT EN 2008



Source : DREES, enquête PMI

ANNEXE N°7 - PIECE JOINTE N°4 : LE DEVELOPPEMENT DE L'OFFRE D'ACCUEIL

Au cours de la dernière décennie, l'augmentation du nombre de places d'accueil a fait l'objet d'une politique volontariste : le nombre de places auprès d'un assistant maternel est ainsi passé de moins de 6 places pour 100 enfants de moins de 3 ans en 1990, à 33 places en 2008 (soit un total de 770 000 places), ce qui représente une augmentation annuelle moyenne de 10 %. Sur la même période, le nombre de places en établissement d'accueil du jeune enfant a augmenté en moyenne de 10 % par an, pour atteindre 301 200 places en 2009.

A l'heure actuelle, la capacité d'accueil théorique des jeunes enfants (enfants de moins de trois ans), tous modes d'accueil confondus, permet de prendre en charge un peu moins d'un enfant sur deux. De trois à six ans, la quasi-totalité des enfants sont scolarisés.

Tableau 6 : Capacité théorique d'accueil par les modes d'accueil formels

France entière	Capacité théorique	Capacité pour 100 enfants de moins de 3 ans
Assistants maternels	613 880	25,2
Accueil en EAJE	349 779	14,4
Ecole maternelle	148 906	6,1
Salarié à domicile	39 904	1,6
Offre totale	1 152 489	47,4
Demande totale	2 433 595	—

Source : PQE famille, données CNAF, DREES, DEPP et INSEE

Depuis 2006, la stabilité de la capacité théorique d'accueil rapportée au nombre d'enfants s'explique par deux mouvements inverses :

- le développement de l'offre d'accueil en EAJE et chez les assistants maternels
- l'augmentation du nombre d'enfants, à laquelle s'ajoute la baisse du nombre de places en école maternelle offertes à des enfants de deux ans.

**ANNEXE N°7 - PIECE JOINTE N°5 : COUT DES DIFFERENTS MODES D'ACCUEIL
POUR LES FINANCES PUBLIQUES**

		2007	2008	2009	2010	
Assistant maternel	Coût total	861 €	886 €	895 €	900 €	
	2 SMIC	Etat	11 %	11 %	11 %	11 %
		CNAF	70 %	70 %	70 %	70 %
	4 et 6 SMIC	Etat	11 %	11 %	11 %	11 %
		CNAF	58 %	58 %	58 %	58 %
Garde à domicile	Coût total	2 242 €	2 317 €	2 318 €	2 330 €	
	2 SMIC	Etat	35 %	35 %	35 %	35 %
		CNAF	29 %	29 %	29 %	29 %
	4 et 6 SMIC	Etat	35 %	35 %	35 %	35 %
		CNAF	25 %	24 %	24 %	24 %
Garde à domicile partagée	Coût total	1 164 €	1 203 €	1 204 €	1 210 €	
	2 SMIC	Etat	35 %	35 %	35 %	35 %
		CNAF	41 %	40 %	40 %	40 %
	4 et 6 SMIC	Etat	40 %	40 %	40 %	40 %
		CNAF	31 %	31 %	31 %	31 %
EAJE	Coût total	1 204 €	1 228 €	1 241 €	1 247 €	
	2 SMIC	Etat	8 %	8 %	8 %	8 %
		CNAF et collectivités territoriales	84 %	84 %	84 %	83 %
	4 SMIC	Etat	8 %	8 %	8 %	8 %
		CNAF et collectivités territoriales	67 %	67 %	67 %	67 %
	6 SMIC	Etat	8 %	8 %	8 %	8 %
CNAF et collectivités territoriales		65 %	65 %	65 %	64 %	

Source : PLFSS 2011, extrait du PQE « famille »

ANNEXE N°7 - PIECE JOINTE N°6 : TRAVAUX DE RECHERCHE SUR LES BENEFCES DES MODES D'ACCUEIL COLLECTIFS

<i>Etudes en faveur des structures d'accueil collectives</i>	Les enfants dont les parents travaillent à temps partiel ont des meilleurs résultats cognitifs s'ils sont gardés par un professionnel que par un parent (Etude longitudinale Avon des parents et des enfants, Université de Bristol, Royaume-Uni, 2005)
	Le recours à un mode de garde payant semble protéger les enfants d'effets négatifs sur leur développement ; fréquenter une crèche peut conduire à de meilleurs résultats cognitifs que les enfants qui restent à la maison avec leurs parents. Seuls les enfants dont la mère travaille à plein temps connaissent des effets négatifs significatifs sur leur développement si la garde non parentale n'est pas rémunérée (parent, ami, grand-parent, voisin) (projet ALSPAC, Université de Bristol, Royaume-Uni, 2003). L'emploi maternel à temps complet durant les 18 premiers mois de la vie de l'enfant peut avoir un léger effet négatif sur son développement cognitif, mais uniquement dans le cas d'une garde à longue durée assurée gratuitement à un ami, un proche ou un voisin. (Gregg, P. et L. Washbrook, université de Bristol, 2003)
	Bénéficier de structures d'accueil de la petite enfance de haute qualité accroît les chances de réussite scolaire et apporte des gains tout au long de la vie (Abecedarian Early childhood intervention project, Etats-Unis, 2003).
	Une expérience pré-scolaire, comparé à son absence, stimule le développement de l'enfant. La qualité de la pré-scolarité est directement liée à un meilleur développement intellectuel, cognitif, social et comportemental des enfants (Effective provision of pre-school education project, EPPE, UK Department of Education and Skills, 2003).
	Comparativement à la garde parentale, la préscolarisation à l'âge de 3 ans n'a pas d'effet significatif sur le développement de l'enfant à l'âge de 7 ans, quel que soit le niveau d'éducation de la mère. La garde par la famille, au contraire, semble avoir des effets négatifs particulièrement sur les garçons dont la mère a un niveau d'éducation faible. En outre, accroître le temps passé dans la famille ou dans des structures précolaires de 30-40 h à plus de 40-50h par semaine a des effets négatifs significatifs. ("Non-cognitive childcare outcomes and universal high quality child care", N. Datta Gupta, M. Simonsen, 2007)
	Selon une étude récente sur le Danemark, aucune donnée ne corrobore la thèse selon laquelle l'emploi maternel a un effet négatif sur le devenir de l'enfant, ou que l'emploi maternel est plus préjudiciable au cours des premières années de la vie des enfants. (« Does child welfare depends on parent's employment ? » A. Andersen, M. Deding, M. Lausten, 2006)
Rien ne permet de démontrer que l'emploi maternel durant les trois premières années de la vie de l'enfant a un effet durable sur le développement de l'enfant, de même l'emploi maternel est sans incidence sur la probabilité que les jeunes adolescents adoptent des comportements à risque (« Maternal employment and adolescent risky behaviour », Aughinbaugh et Gittleman, US department of labour, 2003).	
<i>Etudes en défaveur des structures d'accueil collectives</i>	Les enfants de moins de 2 ans qui bénéficient des soins de leur mère à plein temps ont de meilleurs résultats que leurs pairs, quel que soit le mode de garde. Le niveau de qualité globale des soins offert dans les crèches était inférieur au niveau qualitatif de tous les autres modes de garde, y compris les nourrices « informelles », tels que les grand-parents (Families, children and childcare study, Royaume-Uni, 2005).
	Les effets à court terme de la reprise d'un emploi maternel dans les premiers mois de la vie sont un développement émotionnel plus lent et des résultats cognitifs plus faibles ; les effets à long terme sont un niveau d'études moins élevé, ainsi qu'une efficacité moindre sur le marché du travail, un plus fort taux de chômage, et un risque accru de grossesse précoce (Institute of Social and Economic Research, Royaume-Uni, 2003).
	Plus les enfants passent du temps confiés à la garde dans leurs premières années, plus ils sont susceptibles d'être moins appréciés par leurs pairs et d'être plus agressifs. Les enfants confiés à la garde à plein temps ont 3 fois plus de chances de développer des problèmes comportementaux que ceux gardés par leur mère. (The national children's study, US Institute of Child Health and Human Development, 2004).
	Les enfants de moins de deux ans confiés pendant de longues heures à la garde sont susceptibles d'adopter des comportements sociaux au début de leur scolarité (EPPE project, UK Department of Education and Skills, 2003, 2005).
Le temps passé dans les structures d'accueil est associé à des effets négatifs sur la santé (affections respiratoires et infections ORL),(Gordon, Kaester et Korenman, 2007).	

Source : Eurofound, " the childcare services sector – visions of the future " (2006), OCDE – "bébés et employeurs" (2007)

Source : M. Tabarot, Rapport au Premier ministre sur le développement de l'offre d'accueil de la petite enfance, juillet 2008

Annexe n°8 : le soutien à la parentalité dans les politiques publiques

Faire des liens familiaux et sociaux un levier d'action possible pour réduire les inégalités de santé dans l'enfance est un pari risqué. Il suppose de répondre à un chaînage de questions que l'on pourrait formuler de la façon suivante :

- **y a-t-il un lien entre parentalité et bien-être de l'enfant ?** En d'autres termes, peut-on affirmer que la qualité du lien entre parents et enfants contribue à son développement, et de façon plus large à son bien être ?
- si la réponse à cette question est positive, **peut-on identifier des conditions influençant la qualité des liens familiaux ?** Existe-t-il des facteurs qui facilitent, ou au contraire freinent, l'exercice d'une « bonne » fonction parentale ? Ces facteurs sont-ils influencés par le contexte social et environnemental dans lequel vivent les parents ?

Compte tenu des difficultés qu'elles soulèvent, ces questions ne dépareraient pas dans un travail de recherche académique. Du point de vue de la mission, elles posent un problème d'un autre ordre, que l'on pourrait formuler de façon suivante : les politiques publiques ont-elles des moyens d'agir sur ces facteurs ?

Ces différentes questions doivent être traitées avec une précaution particulière pour deux raisons au moins, dont la principale est d'ordre éthique. Le concept de « bons parents », de « parentalité adéquate » véhicule de fait une vision normative de la parentalité, qui est contestable et fait toujours débat, notamment pour ce qu'elle peut véhiculer de discriminations notamment sociales et de genre²⁰⁶. Peut-on ériger des normes de ce que doivent être de « bons parents » ? Les politiques publiques peuvent-elles envahir l'espace privé afin d'imposer des normes de bonne parentalité ? Il n'appartient pas à la mission de se positionner sur ces questions : elles ne peuvent toutefois pas être occultées, mais doivent au contraire faire l'objet d'un débat public, le plus large et le plus démocratique possible.

La deuxième raison est d'ordre plus technique. Répondre aux questions précédentes suppose que l'on puisse s'appuyer sur un corpus de connaissances stabilisées et convergentes, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Plusieurs cadres théoriques, de l'approche psychanalytique aux neurosciences, font du lien parents-enfants un objet de recherche aboutissant à des visions tantôt complémentaires, tantôt contradictoires, et qui sont souvent peu développées dans une optique de gradient social.

La mission a retenu cette thématique dans ses travaux pour deux principales raisons : d'abord, parce que le rôle et la place des parents, notamment dans les milieux plus modestes, n'apparaissent pas toujours suffisamment pris en compte et soutenus. Ensuite, parce que cette thématique permet d'illustrer de façon intéressante une approche des déterminants du bien-être des enfants.

²⁰⁶ Voir S. Garcia, *Mères sous influence, de la cause des femmes à la cause des enfants*, La Découverte

1. LE CONCEPT DE « SOUTIEN A LA PARENTALITE » DEVIENT UN PRINCIPE RECONNU

Ni la notion de « parentalité », ni celle de « soutien à la parentalité » n'ont fait l'objet d'une définition juridique précise en France. Elles demeurent traversées d'approches contradictoires.

La notion de parentalité en effet, bien que largement utilisée, comprend plusieurs dimensions s'arrimant à différentes disciplines, psychologique, sociale, juridique,...²⁰⁷. Il n'existe pas une façon « standardisée » de définir le rôle de parents, mais un éventail d'approches.

Le rapport du Conseil de l'Europe²⁰⁸ propose une définition multidimensionnelle et relationnelle de la parentalité : au lieu de donner à la parentalité un contenu spécifique, cette définition insiste sur l'interaction entre les ressources et les capacités des parents, les besoins développementaux des enfants, la famille et les facteurs environnementaux.

Encadré : la définition de la parentalité selon le Conseil de l'Europe

« La parentalité désigne les ensembles actuels de relations et activités dans lesquelles les parents sont impliqués pour soigner et éduquer les enfants. La parentalité implique alors un ensemble de réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de jouer leur rôle de parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leurs enfants sur les plans physique, affectif, intellectuel et social ».

Il définit la « parentalité positive » comme « une parentalité qui respecte et soutient les droits de l'enfant tels qu'énoncés dans la CNUDE²⁰⁹... Ce type de parentalité, non content d'encourager l'autonomie de l'enfant, développe également des compétences et un sentiment de confiance chez les personnes qui exercent le rôle de parents. (recouvrant) non seulement les activités des parents biologiques, mais aussi celles des personnes qui ne sont pas les parents de l'enfant mais participent à sa prise en charge et à son éducation ».

Faire de la parentalité un objet de politique publique²¹⁰ s'ancre alors dans la conception que l'intérêt de l'enfant, son développement et son insertion dans la société ne peuvent être atteints sans que les parents, et de façon plus large, les personnes qui participent à la prise en charge de l'enfant et à son éducation ne soient respectés et soutenus. Les politiques publiques doivent alors tenir compte de la complexité de la fonction parentale et se reconnaître une responsabilité dans l'aide et le soutien à l'exercice de la fonction parentale. Il s'agit « d'accompagner les parents face aux mutations de la société et de la famille, plutôt que de considérer que ces mutations font problème »²¹¹.

Cette conception du soutien à la parentalité rejoint les dispositions de la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant (CNUDE)²¹² qui stipule que « pour garantir et promouvoir les droits énoncés, les États parties accordent l'aide appropriée aux parents et aux représentants légaux de l'enfant dans l'exercice de la responsabilité qui leur incombe d'élever l'enfant et assurent la mise en place d'institutions, d'établissements et de services chargés de veiller au bien-être des enfants ».

²⁰⁷ Cf. pièce jointe.

²⁰⁸ Conseil de l'Europe, *La parentalité positive dans l'Europe contemporaine*, Conférence des ministres européens chargés des affaires familiales, XXVIIIème session, 16 - 17 mai 2006, Lisbonne, Portugal

²⁰⁹ Commission des Nations Unies relative aux droits de l'enfant.

²¹⁰ Il n'y a pas de définition juridique précise même si la notion de « parentalité » est de plus en plus utilisée dans le langage courant.

²¹¹ M. Sassier., *la vie associative*, Vie sociale, CEDIAS, n°1 Famille et action sociale aujourd'hui, p 45-55.

²¹² Dans l'article 18, paragraphe 2 de la CNUDE, adoptée en 1989.

Notion polysémique, le soutien à la parentalité recouvre une diversité de conceptions. Elles varient selon les domaines d'intervention mais également selon les représentations de la parentalité. Quatre grandes approches sont quelquefois distinguées²¹³ :

- l'approche répressive serait fondée sur une « inquiétude politique » mettant en lien les mutations familiales et l'augmentation d'un certain nombre de problèmes sociaux (incivilité, délinquance,...). Ce qui est perçu comme une « démission des parents » fait alors l'objet de mesures visant à renforcer l'obligation d'exercer l'autorité parentale, le cas échéant assorties de sanctions (prestations familiales sous conditions, contrat de responsabilité parentale²¹⁴, stages de soutien à la parentalité,...).
- l'approche sociale partage cette analyse d'une « crise de la parentalité » mais met l'accent sur les facteurs socio-économiques qui peuvent l'expliquer. Dans cette perspective, les parents sont en souffrance et doivent pouvoir être aidés et soutenus. Le développement de dispositifs de soutien à la parentalité comme les REAAP s'inscrit principalement dans cette logique ;
- l'approche sociologique ne perçoit pas les mutations familiales actuelles comme problématiques. Elle insiste sur les facteurs économiques et sociaux qui peuvent peser sur les conditions de vie des familles. Dans l'approche sociologique, la focalisation sur la parentalité risque de déplacer les responsabilités des pouvoirs publics vers les parents et de soumettre ces derniers à une forme de contrôle social ;
- l'approche psycho-éducative, qui intègre des connaissances provenant de différentes disciplinaires, met en avant l'influence d'interactions parents-enfants de qualité sur le développement social, émotionnel et cognitif de l'enfant. Plusieurs programmes structurés ayant vocation à améliorer les pratiques parentales et le fonctionnement familial ont été développés et évalués (*cf. infra*).

Ces différentes approches ne sont pas exclusives les unes des autres. Elles permettent de mieux comprendre pourquoi les objectifs des interventions ne sont pas toujours clairement explicités.

Dans le cadre de ses travaux, la mission a retenu principalement les trois dernières approches, celles mettant en avant une valorisation des compétences parentales. Elles lui paraissent en effet plus cohérentes avec sa commande : l'intervention précoce et la prise en compte de difficultés potentielles environnementales doivent permettre d'aider les parents à exercer au mieux leur fonction.

2. SI LE LIEN ENTRE PARENTALITE ET BIEN ETRE DE L'ENFANT EST PROUVE, LES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX INFLUENÇANT L'EXERCICE DE LA FONCTION PARENTALE SONT MOINS EXPLORÉS

2.1. La parentalité est reconnue comme l'un des déterminants du bien être de l'enfant

Les scientifiques ont depuis longtemps étudié les relations entre exercice de la fonction parentale et développement de l'enfant. Dans le passé, les travaux ont porté plus particulièrement sur l'exercice d'une « mauvaise parentalité » ou d'une « parentalité déficitaire » : ils se sont intéressés au lien entre l'exercice de la parentalité et des problèmes de comportement, des troubles ou des carences chez les enfants.

²¹³ Lamboy B. *Soutenir la parentalité : pourquoi et comment, différentes approches pour un même concept*, Devenir, 2009/1 Vol. 21, p 31-60. L'article propose une synthèse des différents travaux scientifiques de la question.

²¹⁴ Article L 222-4-1 du code de l'action sociale des familles : Ce contrat est proposé par le Président du Conseil Général, en cas de difficulté liée à une carence de l'autorité parentale.

Récemment, les travaux de recherche ont adopté un prisme plus proche du concept de « parentalité positive », en étudiant les conditions d'exercice d'une fonction parentale permettant d'assurer au mieux le développement de l'enfant. Les résultats de recherche ont été publiés sous forme synthétique, par des organisations internationales telles que l'UNICEF, l'OCDE ou le Conseil de l'Europe. En France, plusieurs ouvrages sont parus dans la dynamique de la préparation de la loi relative à la protection de l'enfance de mars 2007²¹⁵.

Plusieurs modèles théoriques sous tendent ces travaux, dont la théorie psychanalytique, celle plus récente de l'attachement, mais également des recherches menées en utilisant des cadres biologiques. Des dosages plus élevés de cortisol sanguin sont ainsi observés chez des nourrissons dont les parents sont issus de classes sociales plus modestes, l'interprétation avancée étant celle d'un stress psychosocial plus important²¹⁶.

Plus récemment et de façon croissante les neurosciences explorent le domaine. Dès les années 80, est soulignée « l'importance cruciale de l'environnement socioculturel dans l'élaboration de l'organisation cérébrale »²¹⁷. Les scientifiques considèrent à l'heure actuelle qu'un élément déterminant du processus même de développement du cerveau du bébé est lié à la relation de réciprocité entre lui et ses parents, l'architecture cérébrale ne se formant pas bien en cas de réaction inappropriée²¹⁸.

Ces différents apports scientifiques aboutissent quelquefois à des visions parallèles, voire contradictoires, de la façon dont la parentalité joue sur le bien-être de l'enfant. A l'heure actuelle, trois modèles de compréhension, intégrant des connaissances issues de multiples de domaines, sont souvent cités : la perspective écologique, l'approche développementale et la psychopathologie du développement²¹⁹. Le développement d'un enfant est de plus en plus considéré comme un processus éminemment complexe mettant en jeu de nombreux facteurs qui varient selon les différentes étapes et le cycle de la vie de l'enfant.

Quelques traits saillants de ces différentes approches pourraient être résumés de la façon suivante :

- **la fonction parentale en est un déterminant majeur du développement de l'enfant :** l'enfant a un besoin vital d'établir un lien sélectif avec une figure d'attachement stable pour se développer normalement ;
- **l'influence de ce déterminant varie selon l'âge de l'enfant.** Il est majeur dans les premières années de la vie du fait de la « plasticité » du cerveau, qui se structure par la relation de réciprocité entre enfants et parents. La famille et le rôle des parents interviennent également à d'autres âges de l'enfance : c'est l'un des facteurs identifiés dans les différents modèles de compréhension des problèmes psycho-sociaux. Il n'est toutefois pas possible d'en hiérarchiser la contribution ;
- **la figure d'attachement de l'enfant n'est pas nécessairement biologique,** et peut concerner des personnes qui participent à la prise en charge et à l'éducation de l'enfant. En un sens, les mots « parentalité » et « parents » sont utilisés comme une sorte de raccourci englobant toutes les activités et les personnes liées au fait d'élever un enfant.

²¹⁵ Voir Berger M, l'échec de la protection de l'enfance, ed Dunod, mai 2005, 264 p et Naves P et coll., la réforme de la protection de l'enfance, une politique en mouvement, ed Dunod, octobre 2007, 294 p

²¹⁶ Lupien S.J. et coll, Can poverty get under your skin? Basal cortisol levels and cognitive function in children from low and high socioeconomic status, *Development and Psychopathology*, 13 (2001), 653-676

²¹⁷ Changeux J.P., Cerveau et apprentissage, Les Cahiers du MURS n°14, 1988

²¹⁸ Heckman JJ, encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, 2004, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants.

²¹⁹ Bantuelle M. et coll, comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire, janvier 2008, Réseau francophone international de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité, éd INPES.

Traiter du rôle et des responsabilités parentales, adopter des concepts tels que ceux de parentalité « adéquate » ou « positive » portent en germe le risque d'une vision normative faisant peser le risque de contrôle social. Les questions d'ordre éthique traversent l'ensemble des aspects lorsqu'on s'intéresse au secteur social dans l'enfance mais sont d'autant plus sensibles lorsqu'on traite de relations parents-enfants. Il n'est pas question de les gommer.

2.2. Les déterminants de la parentalité apparaissent, pour ceux qui ont fait l'objet d'études, marqués par un gradient social

De nombreuses influences jouent sur le comportement parental. Le Conseil de l'Europe²²⁰ cite notamment « *les caractéristiques et ressources individuelles des parents, les caractéristiques de l'enfant et les sources contextuelles de stress et de soutien comme les conditions matérielles de vie et la qualité des relations avec les partenaires, la famille et les amis*²²¹. Avec le temps, les influences du milieu social dans lequel s'inscrivent les relations parents-enfants, ont été plus largement reconnues, y compris le soutien et le réseau social ainsi que le contexte culturel et sociétal²²² ». Se retrouvent ainsi identifiés de nombreux déterminants des inégalités sociales de santé chez les adultes, qui, en cascade, jouent un rôle rendant l'exercice d'une fonction parentale plus ou moins facile.

Les recherches étudiant plus précisément le lien entre ces facteurs et la parentalité sont peu fréquentes. A de rares exceptions près, elles ne prennent pas en compte la question du gradient social. Par ailleurs, la position assumée par l'OCDE est de ne pas explorer ce qui est qualifié de « bien être subjectif » soit la qualité de la relation entre parents et enfants. L'argument avancé porte sur le fait que les politiques publiques ne peuvent agir sur ce facteur.

Trois types de déterminants ont fait l'objet d'études plus poussées : la structure familiale, la disponibilité des parents, et enfin l'effet de représentations ou d'attitudes discriminatoires de la part d'institutions en relation avec les parents.

Partant de l'hypothèse que la structure familiale est déterminante pour le bien être des enfants, UNICEF²²³ et OCDE²²⁴ se sont particulièrement intéressés à la monoparentalité. Prenant acte de l'augmentation du nombre d'enfants élevés dans des familles monoparentales et de statistiques évoquant des troubles de comportement plus fréquents chez ces enfants, ils ont procédé à une méta analyse utilisant des méthodes sophistiquées, et en arrivent à des résultats mitigés. En effet, « *si le fait d'être élevé dans une famille monoparentale a un impact, cet impact est faible et la preuve que des structures de type famille monoparentale diminuent le bien-être des enfants par rapport à des structures dans lesquelles les parents restent ensemble n'est pas faite* ». Un autre élément doit par ailleurs être pris en compte : les enfants de famille monoparentale disposent de ressources matérielles moins élevées, liées à la perte de revenu engendrée par la séparation et par le fait qu'exercer une activité professionnelle devient plus difficile quand le parent est seul.

²²⁰ La parentalité positive dans l'Europe contemporaine, Conférence des ministres européens chargés des affaires familiales, XXVIIIème session, 16 - 17 mai 2006, Lisbonne, Portugal

²²¹ Belsky 1984; Simons and Johnson 1996 cité dans l'ouvrage *ibid*

²²² Voydanoff et Donnelly 1998; Belsky et Statton 2002, cité dans l'ouvrage *ibid*

²²³ UNICEF, La pauvreté des enfants en perspective : Vue d'ensemble du bien-être des enfants dans les pays riches, *Bilan Innocenti 7*, 2007, et, Les enfants laissés pour compte, Tableau de classement des inégalités de bien-être entre les enfants des pays riches, *Bilan Innocenti 9*, novembre 2010, *Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, Florence*

²²⁴ OCDE, *Assurer le bien être des enfants*, rapport 2009, www.oecd.org/editions/corrigenda. L'étude présente des données issues de 15 pays développés.

L'influence de la structure familiale a également étudiée, notamment en France, dans le cas particulier du décès d'un des parents pendant l'enfance. Les données montrent une corrélation avec un mauvais état de santé physique ainsi qu'avec des trajectoires professionnelles ultérieures plus difficiles. La perte d'un parent concerne par ailleurs davantage les enfants d'origine modeste (7 % d'orphelins de père parmi les enfants d'ouvriers contre 3 % parmi les enfants de cadres)²²⁵.

Considérant qu'il s'agit d'un déterminant majeur du bien-être de l'enfant et d'une forme importante d'investissement familial, l'OCDE et l'UNICEF ont fait des comparaisons internationales concernant la « **disponibilité des parents** », soit le **temps passé par les parents avec leurs enfants**. D'une manière générale, c'est en France que les parents passent le moins de temps avec leurs enfants (et en Norvège et aux Etats-Unis, qu'ils en passent le plus). Ce constat est toutefois difficile à interpréter en l'état.

Cet investissement en temps augmente avec le niveau d'études des parents. Il a également changé de nature, évoluant vers des activités liées à l'éducation, comme le temps consacré à la lecture, risquant par là même d'être un véhicule important de transmission culturelle des inégalités intergénérationnelles. L'UNICEF de son côté relie la répartition sociale du temps consacré aux enfants aux revenus. Les études, principalement américaines, montrent en effet que plus le revenu est élevé, plus les parents passent du temps avec leurs enfants, l'un des facteurs explicatifs étant le fait qu'ils peuvent se dispenser des tâches domestiques en faisant appel à des services. Le différentiel est encore plus élevé pour les mères célibataires. Se trouvent ainsi identifiés deux facteurs, niveau d'éducation et revenus, intervenant de façon majeure dans la hiérarchie sociale.

D'autres données permettent d'étudier la répartition du temps parental entre la mère et le père. Le Canada, les États-Unis, la Norvège et les Pays-Bas sont les pays où cette répartition est la plus équilibrée et la France et l'Autriche, ceux où elle l'est le moins. Trois types de données permettent d'approcher la répartition parentale sous l'angle du gradient social : le congé de paternité, le congé parental et le travail à temps partiel. Il ne s'agit toutefois que d'éléments indirects qui doivent être interprétés avec précaution :

- **le travail à temps partiel touche majoritairement les femmes** (83 % des salariés à temps partiel sont des femmes). Il s'agit d'emplois plus précaires et globalement moins qualifiés que les emplois à temps complets, majoritairement dans le secteur tertiaire (services aux particuliers surtout). La moitié des salariés à temps partiels déclarent ainsi percevoir un salaire mensuel net inférieur à 800 euros par mois²²⁶. On peut supputer que ce type de travail « en bouilli », est générateur de stress, engendrant fatigue et moindre disponibilité ;
- **le recours congé de paternité²²⁷, qui permet aux pères d'interrompre leur activité pour accompagner la naissance de l'enfant, dépend fortement des revenus d'activité du père et du type de profession exercée.** En 2003 comme en 2004, près des deux tiers des pères y ont eu recours²²⁸. Le fait de recourir ou non au congé de paternité est également lié à différents facteurs tels que l'âge du père, le nombre d'enfants ou l'activité de la conjointe (moindre attrait du congé pour les pères dont la conjointe ne travaille pas). Selon la DREES, « *les plus nombreux à profiter du congé de paternité sont les salariés dont les revenus sont de niveau intermédiaire. Les indépendants [...] y recourent moins fréquemment, principalement, disent-ils, en raison de la lourdeur de leurs charges professionnelles ou des difficultés à se faire remplacer. Pour d'autres raisons, les pères en situation professionnelle instable et/ou percevant de faibles rémunérations, prennent moins*

²²⁵ Blanpain N. *Perdre un parent pendant l'enfance : quels effets sur le parcours scolaire, professionnels, familial et sur la santé à l'âge adulte*, études et résultats, n°668, octobre 2008, DREES

²²⁶ Grésy B, *Rapport préparatoire à la concertation avec les partenaires sociaux sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes*, juillet 2009, IGAS

²²⁷ Depuis le 1^{er} janvier 2002, les pères bénéficient d'un congé de paternité de 11 jours étendus à 18 jours en cas de naissances multiples.

²²⁸ Bauer D et coll, *Le congé de paternité*, Etudes et résultats n°442, novembre 2005, DREES.

fréquemment ce congé ». Néanmoins, le recours au congé de paternité ne s'accompagne pas d'un changement significatif dans la répartition des tâches parentales²²⁹.

- **le congé parental reste concentré quasi exclusivement sur les femmes.** 3,1 millions de familles en étaient bénéficiaires en 2009. 96,4 % des allocataires sont des femmes, ce qui laisse à penser que « *le caractère sexué du congé parental fait de toute femme en âge d'avoir des enfants une mère potentielle qui peut s'arrêter de travailler ou ralentir son activité dans un avenir proche* »²³⁰ Selon la DREES²³¹ cependant, 20 % des pères se disent prêts à interrompre ou ralentir leur activité pendant une période d'au moins trois ans. Ce sont plus souvent des ouvriers et des employés que des cadres supérieurs, des professions libérales ou intermédiaires. Face à la diversification des configurations familiales et au fait que de nombreux enfants vivent avec leur mère, la question du rôle du père mérite d'être posée, y compris au travers du prisme du gradient social.

D'autres facteurs sont susceptibles d'avoir un impact sur disponibilité et temps parental, dont le type d'activité professionnelle et les conditions de travail des parents. Ceux-ci ne semblent pas avoir été étudiés dans l'optique qui est celle de la mission. On peut cependant observer que les femmes sont plus exposées aux risques organisationnels et psychosociaux que les hommes : la mesure du stress est en moyenne de 40 % supérieure pour les femmes par rapport aux hommes²³². Cette donnée ne manque pas d'être questionnée au vu des travaux scientifiques mettant en relation stress des mères et bien-être des enfants. Elle illustre une fois de plus la complexité et l'intrication des déterminants sociaux. La mission n'a cependant pas eu le temps d'approfondir cette question²³³ : une pièce jointe rappelle toutefois les dispositifs légaux et réglementaires en matière d'aménagement des conditions de travail.

Des travaux ont également mis en évidence le risque que fait peser **une certaine « violence institutionnelle » dans l'image qui est renvoyée aux parents d'eux mêmes**, susceptible d'alimenter sentiment de dévalorisation ou de stigmatisation, et par là d'influencer l'exercice de la parentalité. Un rapport conjoint de l'IGAENR et de l'IGEN²³⁴ a cherché à expliquer le constat selon lequel l'investissement des parents dans l'école n'est pas identique selon l'endroit où l'on réside ou la catégorie socioprofessionnelle à laquelle on appartient²³⁵. Les auteurs ont observé que les enseignants évoquaient, chez les familles de milieu populaire, « un apparent désintérêt de parents et une incapacité à adhérer au projet éducatif proposé par l'école » : or cette supposée démission a été infirmée par plusieurs travaux de recherche.

²²⁹ Grésy B, cité en supra

²³⁰ Grésy B, cité en supra

²³¹ Bauer D, *S'arrêter de travailler durant trois ans pour s'occuper de son enfant : une idée qui progresse chez les pères*, Etudes et résultats, N° 638 mai 2008, DREES

²³² Enquête Summer 2003. Le sujet fait l'objet de controverse: les femmes sont elles biologiquement plus sensibles au stress que les hommes ? Le cumul entre obligations professionnelles et familiales est-il en cause ?

²³³ cf. pièce jointe : «Les dispositifs relatifs aux conditions et à l'aménagement du temps de travail ».

²³⁴ Inspection générale de l'Éducation nationale, Inspection générale de l'administration de l'Éducation nationale et de la Recherche, *La place et le rôle des parents dans l'école*, octobre 2006

²³⁵ La participation aux élections pour les instances collectives à l'école est moindre plus on descend dans la pyramide sociale. Elle est augmentée d'un facteur 3 par exemple dans un lycée de la région parisienne quand l'on passe de parents ouvriers ou au chômage à ceux qui ont une situation de cadre

Lors des déplacements de la mission, les interlocuteurs rencontrés ont mentionné la difficulté d'intégrer pleinement ces questions dans leurs pratiques. Les contraintes dans l'exercice de leurs missions principales ne laissent que peu de temps pour développer la relation aux parents, qui peut se révéler chronophage et n'est pas affichée comme un objectif prioritaire. Sont également mises en avant les difficultés à accéder à des formations sur ce sujet. D'autres travaux se sont intéressés à la reproduction d'une division sexuée des rôles parentaux dans les modes d'accueil de la petite enfance. Les professionnelles de la petite enfance auraient ainsi tendance à survaloriser le rôle de la mère au détriment de celui du père en s'appuyant sur des arguments psychologiques, affectifs ou médicaux²³⁶.

L'efficacité des mesures ayant une dimension de soutien à la parentalité a également été étudiée, sous deux aspects :

- **l'efficacité de programmes s'adressant à des familles très modestes** : c'est le cas de programmes canadiens et américains²³⁷, dont les résultats permettent d'identifier le soutien parental et le resserrement de liens intergénérationnels comme un facteur protecteur de la santé dans la petite enfance et jusqu'à l'âge adulte. Des modalités telles que les visites à domicile pendant la grossesse, l'organisation de réseaux sociaux d'appui aux parents, le renforcement du rôle des parents, considérés comme des « partenaires » dans les milieux de vie de l'enfant apparaissent comme particulièrement adaptés ;
- **l'efficacité différentielle selon le milieu social de mesures de soutien lors des soins pré et postnataux** : sont particulièrement visés par l'OCDE les visites à domicile des professionnels ou des entretiens permettant une approche globale comme l'entretien prénatal précoce (EPP) en France. S'ils sont considérés comme ayant peu d'apport dans les milieux favorisés, leur efficacité augmente en fonction d'un gradient social. En conséquence, l'OCDE recommande un concept de « services en cascade » proche de l'universalisme proportionné cher à M. Marmot (cf. premier rapport). Ce concept renvoie à une intensification des actions en fonction d'un gradient social.

Les mécanismes à l'œuvre dans l'exercice de la parentalité sont mal connus, laissant de nombreuses perspectives aux recherches à venir. Les résultats apparaissent cependant suffisamment cohérents pour justifier que l'objectif de réduction des inégalités de bien être des enfants s'intéresse aux conditions et à l'environnement dans lesquels s'exerce la parentalité.

3. EN FRANCE, LES OBJECTIFS DE SOUTIEN A LA PARENTALITE EMARGENT A DIFFERENTES POLITIQUES

La mission s'est intéressée à la façon dont un soutien à la fonction parentale était mis en œuvre en France et son lien éventuel avec les difficultés sociales auxquelles se trouvent confrontés les parents. Elle a restreint son champ d'investigation aux actions de soutien parental à visée préventive, en excluant les mesures de responsabilisation parentale.

²³⁶ Blöss Th et Odena S, *Idéologies et pratiques sexuées des rôles parentaux : Quand les institutions de garde des jeunes enfants en confortent le partage inégal*, Université de Provence – Laboratoire d'économie et de sociologie du travail (LEST).

²³⁷ Paquet G., *Partir du bas de l'échelle, des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*, 2005, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal. www.pum.umontreal.ca. Elles portent surtout sur des études canadiennes et américaines.

3.1. *Un paysage foisonnant et peu lisible*

Plutôt que d'évoquer une politique de soutien à la parentalité, il serait plus juste de parler d'un principe se traduisant par de multiples actions émergeant à des politiques diverses. Ainsi, le soutien à la fonction parentale est l'une des trois orientations stratégiques de la COG passée entre Etat et CNAF²³⁸. L'article L. 111-2 du Code de l'Education attribue, dans l'éducation des enfants, un rôle majeur à la famille, le renforcement du dialogue entre l'école et les familles étant repris dans de nombreuses circulaires et notes de service. Dans le champ de la politique de santé, le plan périnatalité prône « *l'humanisation [de la politique de périnatalité], en améliorant l'écoute et l'information des futurs parents* ».

Ces dispositifs poursuivent des objectifs différents, allant d'une facilitation du lien parents-enfants à des interventions plus spécifiques de conseil-accompagnement-soutien (cf. présentation *infra*).

3.1.1. **La branche famille soutient la fonction parentale au travers différentes modalités, avec des points de fragilité**

3.1.1.1. Des modalités d'action diverses

Deux types d'interventions sont particulièrement soutenues par les CAF et les caisses de MSA pour aborder les questions de parentalité ; les premières consistent à accompagner les parents au quotidien via le réseau social et associatif, en s'appuyant sur le réseau des centres sociaux et socioculturels ainsi que sur les travailleurs sociaux. Les secondes sont des actions spécifiques telles que les lieux d'accueil enfant parents (LAEP) ou les contrats locaux d'accompagnement à la scolarité (CLAS). Ces différentes initiatives sont appelés à se mettre en réseau au sein des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP).

De nombreuses occasions permettent d'aborder les questions autour de la parentalité : les CAF et les caisses de MSA subventionnent ainsi des opérateurs de séjour de vacances en fonction de projets qui utilisent cette période privilégiée pour renforcer le lien parents-enfants. Sont également financés des « projets famille », s'appuyant sur la Fédération des centres sociaux et socioculturels de France. Ils sont constitués d'un ensemble d'actions porté par un « référent famille »²³⁹. Par ailleurs, les différents contacts que peuvent avoir les parents au quotidien avec des professionnels peuvent se révéler particulièrement utiles en terme d'accompagnement parental, à condition de savoir les utiliser en tant que tels. En Limousin par exemple, la MSA sensibilise les travailleuses familiales ou les aide-ménagères à la question de la parentalité.

Les structures d'accueil des jeunes enfants qui permettent des contacts quotidiens entre parents et professionnels de la petite enfance en constituent un autre exemple. Leur rôle en termes d'accompagnement et de soutien aux parents a été moins cité, peut-être parce qu'il est considéré comme faisant partie intégrante de leur mission. Cependant, l'utilisation optimale de ce temps de contact peut être questionné à voir l'étude de la DREES²⁴⁰ qui constate que « *contrairement à l'importance que semble revêtir la relation aux parents pour les professionnels de la petite enfance, on constate que les temps d'interactions journaliers avec les parents sont extrêmement limités et ramenés à un échange convenu et très restreint dans le contenu* ». L'étude, qui n'a pas introduit de données socio-économiques concernant les enfants accueillis, en déduit que

²³⁸ Dans l'article 1 de la COG CNAF-Etat 2009-2012: « Une offre de service articulant prestations légales et interventions d'action sociale familiale autour de missions et programmes » apparaissent trois missions ayant trait à la parentalité. La mission 2 s'intitule « soutenir la fonction parentale et faciliter les relations parents-enfants » et est plus particulièrement destinée à financer des actions spécifiques. Les missions 3 et 4 destinées respectivement à « accompagner les familles dans leurs relations avec l'environnement et le cadre de vie » et à « créer les conditions favorables à l'autonomie, à l'insertion sociale et au retour à l'emploi des personnes et des familles » réfèrent à la prise en compte de la parentalité dans le réseau social.

²³⁹ Voir Ovaere F. *L'action sociale et la fonction parentale, Héritage et renouveau*, Cahiers de l'action n°13 Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire

²⁴⁰ Etudes et résultats, *les modes d'organisation des crèches collectives et les métiers de la petite enfance*, N° 732, juillet 2010, DREES.

« ces interactions limitées sont aussi le témoignage du peu de relations conflictuelles entre les parents et les professionnelles. Elles indiquent, d'une certaine manière que les parents sont satisfaits du service qui leur est rendu, et qu'ils entretiennent une relation de confiance avec la crèche ».

Les dispositifs « spécifiques » sont répartis entre ceux affichant comme objectif principal, voire exclusif, l'accompagnement et le soutien des familles d'une part, et ceux comportant une dimension de soutien à la parentalité, sans qu'il s'agisse nécessairement de leur finalité principale de l'autre. Toutefois, la distinction entre ces deux types de mesures semble d'abord liée à des procédures administratives et financières. Pour les premiers, il s'agit particulièrement des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP), développant des actions collectives (groupes de paroles) ou individuelles (accompagnement des parents lors de l'orientation vers un psychologue par exemple). Parmi les seconds on peut citer des mesures d'accompagnement à la scolarité : contrats locaux d'accompagnement à la scolarité (CLAS) ou services de médiation familiale ou les lieux d'accueil parents-enfants (LAEP).

3.1.1.2. Des opérateurs fragiles, issus en majorité du monde associatif

Le réseau des CAF et des MSA fait appel à des opérateurs, principalement associatifs, pour la mise en œuvre des actions qu'elle finance. Les CAF et les caisses de MSA assurent quelquefois un rôle d'animation et de soutien à la parentalité en direct : dans le cas de la MSA, les interlocuteurs de la mission ont souligné que le plus faible nombre d'affiliés numériquement, constituant une population relativement homogène, facilitait l'action directe de la MSA. Sont alors plus facilement articulées les problématiques de prestations, d'accompagnement, de logement,... et le réseau de professionnels tels que conseillers, travailleurs sociaux, intervenant directement sur le terrain²⁴¹ (cf. pièce jointe).

Un grand nombre d'associations est actif dans le champ de la parentalité. «L'école des parents » est l'une des plus importantes et la plus ancienne à s'être assignée un tel rôle. Elle a développé son action au cours des dernières années en ouvrant des lieux d'écoute et d'appui aux parents et en aidant à l'éclosion d'initiatives associatives, souvent engagées par des équipes de pédopsychiatrie. Elle fédère aujourd'hui une cinquantaine d'associations réparties sur tout le territoire, accompagne la création et le développement de projets de soutien à la parentalité, facilite les échanges de pratiques et d'expériences, met en place des études-recherches, et édite des outils tels que guides thématiques ou brochures. Cependant, le tissu associatif est majoritairement composé de petites associations de bénévoles, qui tout en assurant une fonction primordiale en matière de lien social et d'animation collective en faveur de la famille et de l'enfance trouvent peu d'aide en matière d'ingénierie sociale et de soutien des compétences. Tributaires des financements publics, elles peuvent se trouver vite fragilisées par leur évolution.

Des cadres de référence pour l'action sont proposés au niveau national : un site "Interventions précoces - Soutien à la parentalité" a été par exemple développé à l'initiative du ministère chargé de la santé, en lien avec le ministère du travail, et associant la Défenseure des enfants²⁴². Sa refonte est en cours.

²⁴¹ Le soutien à la parentalité apparaît dans les articles 9 et 10 de la COG Etat-MSA 2006-2010, la prochaine COG étant en cours de négociation.

²⁴² Site www.interventions-precoces.sante.gouv.fr. Il recense le corpus juridique et réglementaire relatif à la parentalité et publie un certain nombre d'initiatives et d'expériences sur le terrain 15 projets originaux autour du thème « Interventions précoces, Soutien des familles ». Il identifie les grandes catégories d'acteurs (les acteurs institutionnels, les organismes de protection sociale, les professionnels, les organismes spécialisés). CNAF et CCMSA ne font pas partie des « partenaires ».

3.1.1.3. Un pilotage des dispositifs spécifiques de soutien en voie de reconstitution

Les dispositifs inscrits dans la politique de soutien à la parentalité étaient pilotés jusqu'en 2010 par quatre instances nationales différentes²⁴³. Une unification de la gouvernance nationale vient d'être engagée par la création, par un décret du 2 novembre 2010, d'un comité national de soutien à la parentalité²⁴⁴. Il est présidé par le ministre chargé de la famille, le président de la caisse nationale des allocations familiales en étant le vice-président. Son objectif est de « *favoriser la coordination des acteurs et veiller à la structuration et à l'articulation des différents dispositifs d'appui à la parentalité, afin d'améliorer l'efficacité et la lisibilité des actions menées auprès des familles* ».

Le pilotage au niveau départemental est en voie de reconstitution. Sur la base d'instructions ministérielles, les CAF se sont vues transférer en 2008 par l'Etat la gestion des crédits, ce qui a conduit à leur confier de fait le pilotage des dispositifs. Une enquête de la CNAF en date de 2010²⁴⁵ montre que des changements de pilotage et d'animation des REAAP ont eu lieu entre 2008 et 2009, les CAF assurant désormais très majoritairement ces deux fonctions²⁴⁶.

Le choix des projets se fait grâce à la diffusion d'un appel à projet, élaboré dans les comités de pilotage. Celui-ci n'affiche pas d'objectif prioritaire en direction des familles les plus fragiles, au moins dans les régions dans lesquelles s'est déplacée la mission. Il n'y a pas systématiquement de guichet unique ni pour l'obtention des financements, ni pour l'instruction des dossiers. Les opérateurs peuvent alors être contraints à un travail administratif important, alors que les sommes à répartir sont quelquefois très faibles.

3.1.1.4. Un financement relevant de différentes instances

Les financements sont répartis entre différents types de financeurs, le principal étant la CNAF, qui dédie des crédits croissants à la parentalité : parallèlement, l'Etat a diminué de plus de 51 % les fonds qu'il versait aux REAAP entre 2008 et 2009. Cette diminution, prévue dans le cadre de la loi de finances pour 2009 au titre du programme 106²⁴⁷, a été compensée par la COG signée entre l'Etat et la CNAF pour la période 2009-2012, qui a prévu la création d'un fonds national REAAP, géré par la CNAF (cf. pièce jointe). Ce tuilage a permis de maintenir le niveau de financement des REAAP en 2009, la branche famille mobilisant, en sus du fonds national, des fonds propres des CAF. D'autres dispositifs tels les CLAS ne sont plus financés par l'Etat, les CAF ayant pris de façon transitoire le relais par leurs fonds propres²⁴⁸. L'enveloppe financière dédiée à ces dispositifs reste faible : 100 millions d'euros en 2009 émanant principalement de la branche famille à hauteur d'une soixantaine de millions d'euros (cf. pièce jointe). Le financement émanant des collectivités territoriales est mal connu, notamment parce qu'il n'est pas toujours différencié selon les dispositifs. Il a été évalué en 2006 par la Cour des comptes à 12,6 Millions d'euros (1,4 venant des régions, 5 des départements et 6,2 des communes).

²⁴³ Le comité chargé de la médiation familiale, celui chargé des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAPP), le comité national de parrainage et le comité de pilotage des contrats locaux d'accompagnement à la scolarité.

²⁴⁴ Décret n°2010-1308 du 2 novembre 2010 et arrêté du 6 décembre 2010.

²⁴⁵ Note de la CNAF à la DGCS en date du 4 novembre 2010.

²⁴⁶ Augmentation du nombre de départements dans lesquels les CAF assurent le pilotage du dispositif de 75 % depuis 2007.

²⁴⁷ Programme 106-Actions en faveur des familles vulnérables : action 1-accompagnement des familles dans leur rôle de parents. L'enveloppe 2010 du ministère des affaires sociales est encore susceptible d'évoluer, les dépenses étant en cours de traitement par les services comptables.

²⁴⁸ Cette baisse de crédits est notamment liée à la mise en place d'autres dispositifs d'accompagnement à la scolarité, tels que l'accompagnement éducatif et les programmes de réussite scolaire. Certains interlocuteurs de la mission observent cependant que, contrairement aux CLAS, ces derniers dispositifs n'intègrent pas d'objectifs en direction des parents.

Par ailleurs, une évaluation faite en 2009²⁴⁹ porte un regard mitigé sur ces dispositifs. Elle reconnaît « *les effets qualitatifs des réseaux tant auprès des acteurs institutionnels, qu'auprès des acteurs associatifs et des parents ainsi qu'un effet levier important puisque certains réseaux permettent de mobiliser des financements bien supérieurs à la ligne budgétaire nationale REAAP* ». Mais souligne « *l'impact quantitatif limité, compensé d'une certaine manière par un coût relativement faible* ».

3.1.2. La politique de santé est plus soucieuse d'accompagner la fonction parentale mais reste peu volontariste

La politique de santé constitue un bon exemple de politique dont les actions peuvent avoir un effet sur le soutien à la fonction parentale, sans qu'il s'agisse nécessairement de son objectif premier.

Une place particulière mérite d'être faite à l'entretien prénatal précoce (EPP), qui avait été prévu par le plan périnatalité 2005-2007 et dont le principe a été systématisé en 2007²⁵⁰. Il est proposé à la femme enceinte au 4^{ème} mois de la grossesse : d'une durée de 30 à 45 minutes, il doit notamment permettre de repérer les situations de vulnérabilité et d'orienter si besoin vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement individuel ou en couple. Il est cité par de nombreux interlocuteurs de la mission comme un outil intéressant de soutien et d'accompagnement à la parentalité. Dans ses recommandations professionnelles de 2005 sur l'EPP, la HAS pointe toutefois le faible niveau de preuve sur ses effets²⁵¹.

L'EPP ne semble pas proposé systématiquement : une enquête de l'UNAF réalisée en 2009 au niveau national estime à 66 % la proportion de femmes enceintes qui n'en auraient pas bénéficié. En Limousin, 22 % des femmes enceintes ont bénéficié de ce service²⁵². Les entretiens sont majoritairement faits par des sages-femmes (dans sept cas sur dix), en général à l'hôpital public, mais également en PMI : moins de trois EPP sur dix sont réalisés par des gynécologues en libéral²⁵³. De ce fait, ils touchent majoritairement les femmes allant à l'hôpital pour faire suivre leur grossesse, c'est-à-dire probablement une proportion non négligeable de femmes plus précaires²⁵⁴. Il est largement apprécié des femmes : l'enquête de l'UNAF indique que 80 à 90 % des femmes ayant bénéficié de cet entretien estiment la durée et l'écoute suffisantes, l'information délivrée compréhensible et correspondant à leurs attentes, ou indiquent s'être senties à l'aise pour discuter de leurs inquiétudes et poser toutes les questions qu'elles souhaitaient.

²⁴⁹ ADSO (cabinet de consultant), *Evaluation qualitative des REAAP*, 2009. Il a été présenté lors du comité national de pilotage des Reaap du 14 septembre 2009

²⁵⁰ Loi du 5 mars 2007 sur la réforme de la protection de l'enfance et Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C no 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité.

²⁵¹ HAS, Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), Novembre 2005. Elle a procédé à une revue de la littérature internationale sur le bénéfice du soutien à la fonction parentale dans le cadre de l'EPP et donc en prénatal. Elle en déduit qu'il existe un faible niveau de preuve, les effets en termes d'adaptation affective et physique aux besoins du nourrisson, de construction du lien parents-enfant et plus largement de développement personnel des parents étant peu significatifs.

²⁵² Rouchaud A et coll, *contribution à l'évaluation de la mise en place de l'entretien prénatal précoce*, rapport n°207-A, novembre 2010, ORS Limousin. Les données ne sont pas disponibles dans l'ensemble des régions, ce travail ayant été fait sur commande particulière à l'ORS Limousin.

²⁵³ Selon l'enquête de l'UNAF, cet entretien a été proposé par la sage femme dans 74 % des cas, par le médecin traitant dans 20 % des cas. Il a été réalisé par la sage femme dans 70 % des cas, le gynécologue dans 27 % des cas, le médecin généraliste dans 4 % des cas. Il fait cependant l'objet d'une cotation spécifique à la nomenclature des actes professionnels.

²⁵⁴ C'est le cas en Limousin : Plus forte proportion de bénéficiaires de la CMU et de l'AME et plus faible proportion de femmes en activité dans l'enquête de l'ORS Limousin. On peut également tenir compte des professionnels qui déclarent les grossesses, les cadres et professions intermédiaires ayant le moins recours à l'hôpital (cf. annexe « accès aux soins »).

Sur le plan de l'éducation pour la santé, l'INPES a élaboré un outil d'intervention pour la santé des femmes enceintes, dont la finalité « *est de donner aux (futurs) parents les moyens de vivre au mieux la grossesse et l'arrivée de l'enfant et de les soutenir dans leur accession à la parentalité* ». Il s'adresse aux professionnels de santé mais comprend également des supports pour les jeunes parents.

Outre ses effets en termes de prévention des infections, du surpoids ou du diabète chez l'enfant, l'allaitement est quelquefois considéré comme une pratique favorisant le processus d'attachement entre la mère et l'enfant²⁵⁵. Elle suscite toutefois de nombreuses controverses autour de la liberté des femmes. La France figure en dernière position en Europe pour la pratique de l'allaitement maternel, celle-ci variant considérablement selon les classes sociales : 80 % des femmes cadres supérieures allaitent contre 46 % des ouvrières qualifiées²⁵⁶. Interviennent en effet des facteurs tels que l'organisation du travail, la publicité pour des produits de substitution, les transmissions familiales par exemple. Les diminutions des durées d'hospitalisation après accouchement influent également, selon les acteurs de PMI, sur la pratique de l'allaitement par les mères jeunes ou isolées. Depuis plusieurs années, la promotion, le soutien et la protection de l'allaitement maternel sont devenus une priorité de santé publique aux niveaux français et international. En France, le PNNS, le plan périnatalité ou des initiatives telles que « Hôpitaux, amis des bébés » accompagnent le choix de l'allaitement maternel.

L'accompagnement de la parentalité par la politique de santé peut aller au-delà de la période périnatale. Dans certaines régions, des programmes régionaux de santé en direction des enfants et des jeunes ont été développés autour de la PMI, des professionnels de santé libéraux et hospitaliers, et de la santé scolaire. Fortement axés sur la prévention sanitaire précoce ou le dépistage, ils peuvent comprendre des actions d'accompagnement et de soutien des parents. Dans la future programmation régionale en santé, la périnatalité et la petite enfance font partie des cinq domaines d'action stratégiques retenus pour les plans stratégiques régionaux de santé (PSRS), élaboré par les ARS dans le cadre de la loi Hôpital patients santé territoires (HPST).

Dans le cadre de leurs missions quotidiennes, la PMI et les services de santé scolaire affichent par ailleurs une préoccupation réelle de soutien et d'accompagnement de la fonction parentale. Ils peuvent mobiliser à cette fin, différents outils. Pour la PMI, il s'agit notamment des visites à domicile, repérées comme outil primordial de soutien par de nombreuses études²⁵⁷, de même que les programmes d'intervention collective. Le programme « être maman ou papa pour la première fois », développé par la PMI du Pas de Calais et inspiré d'un programme britannique, propose une offre d'accompagnement à partir de la période prénatale jusqu'à la scolarisation aux mères primipares et s'appuie sur des outils d'interventions ludiques (bandes dessinées) en cherchant à valoriser les compétences parentales.

Les bilans systématiques faits au cours de la quatrième et de la sixième année de l'enfant peuvent également être investis comme un temps privilégié d'écoute et de soutien des parents, hors des préoccupations strictement sanitaires ou des questions d'acquisition de compétences scolaires. Cependant, face à des moyens contraints en PMI et en santé scolaire, les équipes ne sont plus en capacité de prévoir systématiquement la présence des parents et tendent à les convoquer dans un deuxième temps si un trouble a été repéré, ou à trouver d'autres modalités de ciblage²⁵⁸.

²⁵⁵ La littérature scientifique internationale met d'abord en avant ses bénéfices pour la santé de l'enfant (prévention des infections, du surpoids, du diabète...). Le lien éventuel entre allaitement et développement cognitif est extrêmement controversé.

²⁵⁶ La revue *Santé de l'homme*, a consacré un dossier sur la pratique de l'allaitement dans son n°408, juillet août 2010.

²⁵⁷ Notamment dans les rapports de l'IGAS « *La prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents* », 2003 et « *Etude sur la protection maternelle et infantile en France* » 2006

²⁵⁸ Voir annexe « accès à la prévention et aux soins »

Un exemple de pratique ciblée : Dépistage-Prévention-Langage à 3 ans dans le Nord Pas de Calais

En 2004, l'action a été menée dans le cadre du Programme Régional de Santé « santé des enfants et des jeunes » de manière expérimentale sur un bassin puis étendue à l'ensemble des écoles situées en réseau d'éducation prioritaire. Actuellement, 22 circonscriptions et 350 écoles sont engagées dans le dispositif.

Dans une démarche commune de promotion de la santé et de prévention de l'illettrisme, l'objectif est de repérer de manière précoce les enfants présentant des difficultés dans l'acquisition du langage oral pour leur apporter au sein de l'école une aide spécifique ou les orienter si nécessaire vers un suivi médical adapté. Le repérage doit permettre de différencier les difficultés langagières liées à des problèmes de santé de celles qui relèvent plutôt d'un manque de stimulation. Il est réalisé par les enseignants. Des questions évaluent les compétences attendues à cet âge dans 4 domaines : communication, graphisme, compréhension et expression. L'interprétation et la cotation sont réalisées par des orthophonistes et mettent en évidence 3 profils d'enfants : « satisfaisant », « à surveiller » et « à risques ».

Les élèves du groupe « à surveiller » bénéficient à l'école d'une pédagogie différenciée. Les médecins de l'éducation nationale assurent dans un délai de 3 mois, pour les élèves du groupe « à risques » et avec leurs parents un entretien et une visite médicale avec bilan des compétences neurosensorielles. Ils orientent vers des examens médicaux complémentaires si nécessaire.

3.1.3. La politique de l'Education Nationale affiche des objectifs de prise en compte de la fonction parentale

La loi organise la représentation parentale au sein de l'école. Elle est accompagnée de dispositions réglementaires qui garantissent les droits collectifs et individuels des parents, précisant leur nature et les procédures à suivre. Les représentants des parents participent ainsi aux conseils d'école, aux conseils d'administration des collèges et des lycées ainsi qu'aux conseils de classe²⁵⁹.

Malgré les efforts entrepris par l'Education Nationale pour améliorer le dialogue parents-école et garantir les droits individuels des parents, la fonction parentale ne paraît qu'inégalement prise en compte par l'institution scolaire. Les interlocuteurs rencontrés par la mission ont pointé la nécessité de donner plus d'importance à la parentalité dans le quotidien de la vie scolaire, y compris dans les contacts réguliers entre enseignants et parents et au moyen d'outils tels que le projet d'école ou les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)²⁶⁰.

Or l'approche parentale est peu abordée dans les formations du personnel. Par ailleurs, les médecins conseillers des recteurs et des inspecteurs d'académie rencontrés par la mission ont pointé le fait que les CESC seraient de moins en moins investis, enseignants et service de santé scolaire étant surchargé par la réponse aux urgences et les enjeux d'intégration des enfants handicapés.

²⁵⁹ Le renforcement du rôle des parents dans l'école est affirmé dans le décret n° 2006-935 du 28 juillet 2006

²⁶⁰ L'une des missions des CESC est de « proposer des actions pour aider les parents en difficultés et lutter contre l'exclusion ».

3.2. *Une préoccupation soutenue de façon peu déterminée par les pouvoirs publics*

3.2.1. **Une politique peu lisible**

La prise en compte de la fonction parentale, indépendamment du lien avec d'éventuelles difficultés sociales, s'exprime ainsi au travers de différentes mesures, et répond à des besoins variables selon le cycle de vie de l'enfant et la demande, pas toujours explicite, des parents. On pourrait répartir ses objectifs en cinq grandes catégories :

- **anticiper les changements liés à l'arrivée de l'enfant** et accompagner l'accès au rôle parental : c'est l'un des rôles que s'assignent EPP ou actions de la PMI ;
- **considérer les parents comme des partenaires** et leur donner une place dans les milieux de vie de l'enfant : c'est en particulier ce que tente de faire l'éducation nationale ;
- **faciliter le lien parents-enfants à certains moments adéquats** : c'est par exemple l'objectif des CAF lors des séjours de vacances ;
- **repérer les parents en difficultés** comme peuvent le faire les professionnels de la PMI et de la santé scolaire, les enseignants ainsi que d'autres professionnels en contact avec les familles ;
- **permettre aux parents d'exprimer et de partager leurs difficultés** en mettant à leur disposition des ressources dont ils peuvent se saisir : c'est l'action plus spécifique des REAAP.

Un même dispositif peut poursuivre plusieurs objectifs : c'est le cas de l'entretien prénatal précoce, qui permet de développer une approche médicale et sociale du projet d'enfant, mais aussi de repérer des difficultés potentielles dans le projet parental.

Cette diversité d'approche et d'objectifs constitue une richesse. En revanche, le cloisonnement entre les différents acteurs et leur méconnaissance des autres interventions est une faiblesse²⁶¹. Une bonne illustration en est la multiplicité des référentiels, produits respectivement par le ministère des affaires sociales, les fédérations d'associations ou encore l'INPES.

Cet éparpillement peut être vecteur de redondances ou de mauvaise utilisation des moyens disponibles : pourquoi une école n'ayant plus les moyens d'organiser elle-même des groupes de paroles entre parents ne pourrait-elle accepter d'inviter dans ses locaux, souvent moins stigmatisants, un dispositif spécifique de soutien à la parentalité, répondant aux normes d'agrément de l'Education Nationale²⁶² ? Par ailleurs, certaines étapes de la vie de l'enfant et de ses parents, potentiellement fragilisantes, devraient mieux être pris en compte. On pense par exemple à l'entrée à l'école maternelle, moment de rupture quelquefois difficile entre la mère et l'enfant qui demanderait, dans certains cas, d'être mieux accompagné, y compris par des interlocuteurs extérieurs à l'Education Nationale.

Enfin, le foisonnement des dispositifs rend moins lisibles les efforts de soutien à la parentalité. Si la réponse n'est sans doute pas dans une politique de soutien à la parentalité unique et centralisée, une meilleure connexion des acteurs serait gage de plus d'efficacité. Le reporting des actions est par ailleurs compliqué par la multiplicité des financeurs – dont chacun dispose de son

²⁶¹ La Cour des comptes, dans son rapport public rendu en février 2009 concernant « les politiques de soutien à la parentalité dénonce « un empilement de dispositifs mal ou pas évalués, peinant à mettre en réseau les différents acteurs ».

²⁶² Une difficulté particulière reste la coordination entre éducation nationale d'une part et autres opérateurs de l'autre alors que par exemple, les mesures nouvelles d'accompagnement à la scolarité mises en place par les écoles devraient permettre de les positionner par rapport aux contrats locaux d'accompagnement à la scolarité (CLAS). J'ai un peu de mal à comprendre la phrase.

propre système d'information et de son niveau d'organisation. La Cour des comptes²⁶³ constate ainsi « le manque de remontées d'information au niveau national, malgré les efforts de la DIF et de la CNAF » et « regrette l'absence d'indicateurs et l'insuffisance de données handicapant l'adoption d'une politique cohérente ».

3.2.2. Les interconnexions, quand elles existent, reposent sur des volontés individuelles ou sont dues à certaines municipalités

La mission a constaté lors de ses déplacements que les interfaces existent, d'abord liées à des dynamiques territoriales. En Limousin, un inter secteur de pédopsychiatrie s'appuie sur les techniciennes de l'intervention sociale et familiale (TISF), considérées comme précieuses tant par la connaissance qu'elles ont des familles que comme tiers possibles pour faciliter la fonction parentale. A Nancy, un dispositif « Arc en ciel », passerelle entre le domicile et la crèche (cf. annexe sur les modes d'accueil) s'appuie sur des étudiants bénéficiant d'une formation à la parentalité via la CNAF. Dans le Nord Pas de Calais, c'est le programme régional de santé qui a facilité le lien entre université, PMI, associations de femmes relais et maternités hospitalières pour promouvoir la pratique de l'allaitement maternel ou l'accompagnement de la fonction parentale.

Sur certains territoires se développent ainsi des réseaux informels dynamiques. Si CAF, conseil général et MSA apparaissent comme le noyau dur à partir duquel s'établit un partenariat au niveau départemental, certaines municipalités sont particulièrement actives. Leur dynamisme, lorsqu'il existe, en fait les animateurs légitimes des différents dispositifs, les institutions telles que la CAF y apportant leurs connaissances des outils et prestations et leurs compétences en matière d'ingénierie sociale et de gestion des données. Ainsi la ville de Limoges a créé sur certains territoires des « classes passerelles » sorte de pré-intégration à l'école maternelle, à partir d'un travail commun entre enseignants, ADSEM et éducateurs de jeunes enfants. Strasbourg²⁶⁴ est sur le point d'adopter une charte qualité s'adressant à l'ensemble des professionnels et des bénévoles en contact avec les familles. Le volet parentalité y représente un axe fort, introduisant des temps individuels et collectifs d'accompagnement de la fonction parentale.

3.2.3. Bien que n'affichant pas d'objectifs de réduction des inégalités, des efforts plus soutenus ciblent parfois les territoires les plus fragiles

Si les institutions insistent sur le fait que les mesures en faveur de la parentalité doivent rester universelles et couvrir l'ensemble des territoires, la prise en compte de familles plus fragiles peut faire l'objet d'une action plus intensive. Celle-ci s'exprime le plus souvent dans le cadre d'une logique de territorialisation : on cherche à identifier les territoires dans lesquels il y a cumul de difficultés, qu'elles soient d'ordre socio-économique, culturel, géographique, sanitaire, afin d'y concentrer les équipes et les actions. Certaines CAF et caisses de la MSA croisent des données relatives au revenu de la famille, à la composition familiale et au territoire. Ces informations permettent d'enrichir les diagnostics territoriaux dans le cadre de l'élaboration des schémas de l'enfance²⁶⁵.

Des conseils généraux renforcent également les équipes de leurs unités territoriales d'action sociale dans les zones géographiques considérées comme les plus fragiles²⁶⁶. L'Education Nationale, de façon plus implicite, fait quelquefois de même. Ainsi, certains médecins conseillers de recteur indiquent à la mission qu'ils répartissent leurs équipes en tenant compte des difficultés socio-économiques de la population et y adaptent les pratiques (dans les territoires concernés, maintien de bilans systématiques, lien avec des opérateurs permettant d'accompagner les familles vers les soins si nécessaire etc.). L'association des médecins conseillers techniques de l'éducation nationale

²⁶³ Cour des comptes, *les politiques de soutien à la parentalité*, rapport public, février 2009

²⁶⁴ Strasbourg fait partie des quelques villes ayant délégation du conseil général ainsi que de l'éducation nationale sur les questions de petite enfance.

²⁶⁵ C'est le cas en Limousin ainsi qu'en Languedoc Roussillon.

²⁶⁶ Nombre de conseils généraux se sont organisés en unité territoriale d'action sociale (UTAS) regroupant leurs différents services sociaux, dont les équipes de PMI.

(ASCOMED) propose d'ailleurs depuis de nombreuses années de ne plus pratiquer d'examen systématiques mais de les cibler.

A l'inverse, la technique de l'appel d'offre utilisée pour les dispositifs spécifiques de soutien à la parentalité peut parfois faire courir le risque, quand il n'est pas précisément ciblé, d'avantager les territoires détenant les opérateurs les plus nombreux ou les plus solides.

Enfin, des efforts sont faits pour donner aux familles les plus fragiles des informations de proximité. Ainsi, le site « mon enfant.fr » de la CNAF vise à permettre, à terme, de trouver des informations sur les services et dispositifs en direction du jeune enfant par zone géographique : la question de son articulation avec les outils d'information élaborés à l'initiative des collectivités territoriales (conseils généraux ou communes) est toutefois posée²⁶⁷. Par ailleurs, des entretiens personnalisés sont parfois offerts aux futurs parents, prioritairement aux bénéficiaires d'API par la CAF et la MSA, par exemple en Creuse.

3.2.4. Des professionnels confrontés à une réduction de leur capacité d'agir

Les contraintes qui pèsent sur les moyens des services de PMI et de santé scolaire au vu de leurs missions²⁶⁸ posent la question de la pérennité des dispositifs de soutien à la parentalité. L'émiettement des financeurs confronte par ailleurs les petits opérateurs associatifs à des offres de financement croisées, peu lisibles et affichant quelquefois des normes contradictoires. Tout ceci peut générer au sein des structures un travail administratif lourd, disproportionné par rapport aux moyens des associations. Les interlocuteurs de la mission ont également exprimé des craintes sur la pérennité financière des dispositifs : Le conseil d'administration de la CAF de la Creuse a ainsi voté en novembre 2010 une motion signalant la fragilité croissante des associations avec comme conséquences la suppression de services notamment en matière de soutien à la parentalité. Dès 2004, une mission IGAS²⁶⁹ enregistrait d'ailleurs les craintes, également exprimées par les responsables de PAEJ, quant à la pérennité des REAAP qui, faute d'un financement suffisant, sont contraints de recruter des personnels qualifiés sur des emplois précaires et peu rémunérés.

Les processus de soutien ou de formation en direction des opérateurs paraissent insuffisants, même si CAF et MSA tentent de développer un appui en terme d'ingénierie sociale, ou de simplification des procédures pour l'obtention de financement,... Par ailleurs, les processus d'évaluation demeurent particulièrement faibles : il manque notamment un cadre de référence unifié et de soutien aux opérateurs pour développer de tels processus.

Les opérateurs sont également confrontés à une évolution des priorités vers la protection au détriment de la prévention précoce. « *Les dispositifs de mobilisation des capacités parentales ont [...] subi plusieurs coups de boutoir, ceux-ci étant liés tant aux efforts de rationalisation de l'action de l'Etat dans un contexte budgétaire de plus en plus contraint, qu'à la création de nouveaux dispositifs modifiant l'approche développée jusqu'à présent en matière d'accompagnement parental. La création « d'un contrat de responsabilité parentale »²⁷⁰ puis le vote de la loi relative à la prévention de la délinquance²⁷¹ tend à positionner les parents non plus comme acteurs à qui on offre une aide pour mobiliser leurs ressources parentales, mais comme personnes « sous contrainte » jugées sur leurs capacités à respecter les devoirs parentaux* »²⁷². Le rapport de la Cour des comptes fait le même constat.

²⁶⁷ Ces questions sont abordées plus en détail dans l'annexe consacrée aux modes d'accueil du jeune enfant.

²⁶⁸ Cf. annexe « accès à la prévention et aux soins ».

²⁶⁹ IGAS, *Evaluation du dispositif des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP)*, mars 2004.

²⁷⁰ Article L. 222-4 et R. 222-4-1 et suivants du CASF.

²⁷¹ Articles L. 141-1 et L. 141-2 du CASF.

²⁷² Naves P. et al. *La réforme de la protection de l'enfance, une politique publique en mouvement*, édition Dunod

4. REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE DANS L'ENFANCE ET PARENTALITE

Les politiques sectorielles ont bien intégré le fait que le rôle des parents est primordial pour que l'enfant puisse se développer le mieux possible. La santé, l'éducation nationale, la politique familiale voire la politique de l'emploi ont toutes affichés des objectifs de prise en compte du rôle des parents et ont développé des outils pour qu'il puisse s'exercer. Cependant, le fait même de considérer la parentalité comme un déterminant du bien-être de l'enfant, de constater que cette fonction, difficile pour tous les parents, peut être encore plus difficile à exercer en cas de cumul de difficultés lié à la position sociale des parents, amène à réinterroger les mesures déployées. Comment s'extraire d'une vision consistant soit à déployer des mesures universelles, (comme les droits collectifs à l'école) utilisées d'abord par les milieux plus privilégiés, soit à concentrer les efforts sur les classes sociales plus populaires, au risque que les actions soient perçues par les familles comme stigmatisantes ou relevant d'un contrôle social ?

Surtout, ces différentes politiques manquent de liant au niveau de proximité, les initiatives se juxtaposant quelquefois au niveau d'un même territoire, en s'ignorant les unes les autres.

4.1. S'inspirer des pistes d'action reconnues au niveau international pour réduire les inégalités de bien-être dans l'enfance en France

Dans les dernières années, plusieurs organismes internationaux ont proposé des cadres de référence, sans toujours les lier à un objectif de réduction des inégalités de santé dans l'enfance. Que ce soit l'Union européenne via son programme Eurydice²⁷³, le Conseil de l'Europe, l'OCDE ou les programmes américains ou canadiens, un socle de référence commun émerge. Il s'appuie sur quelques lignes de force :

²⁷³ Agence exécutive Éducation, Audiovisuel et Culture, Réduire les inégalités sociales et culturelles par l'éducation et l'accueil des jeunes enfants en Europe 2009, programme Eurydice pour l'Union Européenne

Encadré : un cadre de référence international en matière de soutien à la parentalité

– **agir le plus tôt possible et ce dès l’annonce de la grossesse.** Les scientifiques insistent tous sur l’importance de pouvoir faire bénéficier l’enfant d’une figure d’attachement dès les premiers jours de sa vie, condition au développement d’interactions cognitives, affectives et de stimulations ;

- **agir de façon conjointe entre parents et enfants :** les recommandations issues des travaux américains et canadiens insistent sur le fait de développer des efforts conjoints en direction des enfants et des parents en les articulant entre eux et en évitant de les disjoindre dans le temps et dans l’espace ;

– **maintenir les efforts dans la durée :** ces programmes insistent également sur le fait que les efforts puissent être menés de façon continue, depuis la grossesse et pour le moins jusqu’à l’enfance (soit une dizaine d’années) ;

– **assurer des mesures intégrées, c’est-à-dire en lien et coordonnées avec les mesures émargeant à d’autres politiques :** l’Union européenne propose des bonnes pratiques de soutien à l’exercice de la fonction parentale, en prenant clairement position sur l’intégration de cette fonction dans les milieux de vie de l’enfant. Elle considère que la « fourniture d’information, sous forme de réunions de parents ou de fourniture de guidance et de conseil » dans des lieux spécifiques ne saurait suffire à elle seule ;

– **concevoir des mesures et prestations « en cascade » c’est-à-dire ayant une entrée universelle mais intensifiées selon un gradient social.** C’est une préoccupation notoire pour l’OCDE qui va jusqu’à envisager de rééquilibrer les efforts, en fonction d’un gradient social en proposant par exemple de diminuer le nombre de visites prénatales, qu’elle considère comme un outil majeur de soutien à la fonction parentale, en direction des femmes de milieux favorisés, afin de pouvoir les multiplier en faveur de femmes de milieu plus modestes ;

- **développer des mesures « ascendantes » :** Eurydice et l’OCDE notamment préconisent un travail partenarial avec les parents : conseils de parents, participant y compris aux décisions concernant les activités pédagogiques, implication des parents dans des activités éducatives et l’aménagement d’échanges quotidiens centrés sur l’enfant. Des exemples sont cités tels que l’ouverture du milieu de vie de l’enfant aux parents pour y parler de leur expérience, raconter des contes, avoir des activités autour de la lecture... Ce partenariat est jugé d’autant plus important que les parents sont issus de classes sociales défavorisées. Le conseil de l’Europe recommande par ailleurs de s’appuyer sur « l’expérience des groupes minoritaires et ethniques » ;

– **avoir un ancrage local :** l’OCDE insiste sur cet aspect, en argumentant que l’introduction d’une meilleure prise en compte de la parentalité dans les différentes politiques sectorielles ne peut être mise en œuvre de façon efficace qu’à un niveau de proximité

Enfin, le Conseil de l’Europe insiste sur l’importance « de non jugement et de non stigmatisation » plus particulièrement dans les milieux de vie de l’enfant.

En France, de nombreuses mesures ont d’ores et déjà pour objet d’aider à l’exercice de la fonction parentale. En retenant l’idée de prestations « en cascade », ces mesures pourraient être modulées de façon à intensifier les efforts là où les besoins sont plus importants, tout en gardant une vigilance en direction de tous les enfants. Trois niveaux pourraient être envisagés :

- maintenir certaines prestations en direction de toute la population et rechercher des gains d’efficacité si besoin : le niveau d’action est celui de la politique sectorielle continuant à afficher des orientations structurantes de prise en compte de la fonction parentale ;
- renforcer les prestations et les mesures d’aide pour des situations familiales identifiées comme les plus problématiques : le cadre d’action est d’abord celui de l’approche individuelle, quel que soit le contexte social ;
- renforcer les efforts dans les contextes socio-économiques plus modestes, où les déterminants environnementaux rendant plus difficile l’exercice d’une « parentalité positive » sont réunis : l’approche est d’abord collective. Elle peut alors s’inscrire dans une dynamique territoriale dont l’une des dimensions est celle du soutien à la parentalité.

Deux principes transversaux sous tendent cette approche. Le premier est un principe d'ordre éthique : les parents sont d'abord des acteurs pouvant avoir besoin d'accompagnement et de soutien avant d'être des sujets passifs soumis à un quelconque contrôle social. Le second tient au fait que la parentalité est un déterminant parmi d'autre dans le bien-être de l'enfant et la formation des inégalités sociales de santé : elle ne doit donc pas être traitée de façon singulière, mais intégrée aux autres mesures s'adressant aux familles.

4.2. Développer la connaissance, soutenir la recherche, développer le transfert de connaissances

Cette préconisation recouvre différentes pistes, ne relevant pas toujours des mêmes acteurs, allant d'une connaissance plus pragmatique liée à l'action à la recherche de type académique. Il ne s'agit pas par ailleurs, d'évacuer les débats d'ordre éthique qui méritent d'être débattus le plus largement possible.

Avant même de réfléchir au soutien à la fonction parentale sous l'angle du gradient social, il faut mieux connaître ce qui détermine le lien entre la parentalité et le bien être des enfants. La cohorte ELFE, dans son *noyau central*, prend en compte cette dimension²⁷⁴. De tels travaux devraient être mieux soutenus.

Si l'on veut donner au concept de gradient social dans l'exercice de la parentalité une expression concrète, faut-il identifier des territoires où les actions mériteraient d'être renforcées ? Il s'agit d'une question sensible car susceptible de poser des questions d'ordre éthique. Qui dit diagnostic de ce type renvoie, malgré toute précaution, à une vision normative de ce qu'est une parentalité « adéquate » et à l'idée que les catégories sociales les plus défavorisées seraient de « mauvais parents ». La réponse à cette question ne revient pas à la mission mais devrait être débattue démocratiquement. De la même façon que l'on procède à des diagnostics territorialisés de santé, peut-on développer des diagnostics sociaux territorialisés intégrant les difficultés d'exercice de la fonction parentale ? Il ne s'agit cependant pas de restreindre le diagnostic à la seule parentalité, mais d'introduire, dans les diagnostics sociaux et de santé²⁷⁵, une connaissance concernant les difficultés de l'exercice parental. On peut noter incidemment que toutes les instances régionales ou départementales (ARS, conseils généraux, communes, Education nationale,...) raisonnent d'ailleurs en fonction d'une approche territoriale, identifiant des territoires où les difficultés se cumulent.

Les diagnostics comportent en général une dimension quantitative et une dimension qualitative. En ce qui concerne le premier volet, les déterminants de la parentalité sont pour nombre d'entre eux identiques à ceux des inégalités sociales de santé chez les adultes. L'enjeu de connaissance est donc largement le même : des indicateurs de « bien être relationnel » comme ceux utilisés par l'UNICEF pourraient toutefois être introduits²⁷⁶. Le volet qualitatif consiste en général à questionner les « acteurs clés » : professionnels, responsables associatifs, personnes bénéficiant d'une certaine notoriété dans le territoire concerné. Des méthodes comme les focus groupes permettent d'associer la population et sont de plus en plus utilisées. Il n'est d'ailleurs pas exclu que cette approche montre que la fonction parentale peut être en butte à des difficultés dans des quartiers plus privilégiés.

²⁷⁴ Son axe 4 est formulé de la façon suivante : « *les liens affectifs et sociaux : relation mère/père-enfant, attachement, relation avec les pairs et l'environnement (en particulier familial)* »

²⁷⁵ Les inégalités de santé chez les adultes ne bénéficient d'ailleurs pas non plus de connaissances statistiques territorialisées systématiques : cf. le premier rapport.

²⁷⁶ Ils sont de trois types : structure familiale, relations familiales, relations avec les pairs, les deux derniers s'appuyant sur les réponses des enfants eux-mêmes.

Le transfert de connaissances devrait pouvoir articuler recherche et action, y compris en facilitant les échanges de pratiques et d'expériences concernant l'accompagnement et le soutien de la fonction parentale, tant par type d'institution²⁷⁷ qu'au niveau local.

Le développement d'une stratégie de soutien à la parentalité sous le prisme du gradient social exige également que soient mieux connus les bénéficiaires des initiatives et les actions déployées. Cette connaissance est plus particulièrement importante dans une optique de suivi et d'évaluation et renvoie de façon plus transversale à l'interopérabilité des systèmes d'information et au reporting d'actions des différentes politiques concernées.

4.3. Assurer un soutien à la parentalité le plus tôt possible et ce dès la grossesse, en renforçant les efforts vers les familles les plus en difficulté

Cela a déjà été dit, l'annonce d'un enfant à venir constitue une période de transition qui peut soulever des difficultés quel que soit le milieu social. Il faut donc maintenir les outils disponibles qui contribuent de soutien à la parentalité. L'offre de services comprend deux outils majeurs : les visites à domicile de la PMI pendant et après la grossesse d'un côté, l'EPP de l'autre. Ils devraient être proposés à tous les parents²⁷⁸.

En complément, une certaine dose de ciblage devrait permettre de déployer des efforts plus soutenus en direction des familles les plus en difficultés. Ce ciblage pourrait être conçu de deux façons :

- **un repérage de familles à partir d'un certain nombre de critères** (les mères jeunes, les premiers enfants,...) peut se faire dès la déclaration de grossesse, à l'instar de ce que font certaines CAF ou caisses de la MSA²⁷⁹. Ce repérage doit permettre de proposer aux familles les services existants à partir d'une information personnalisée, relayée par les travailleurs sociaux. Elle est donc conditionnée par une bonne articulation entre CAF, conseils généraux et communes, notamment celles qui ont un CCAS, et, au sein des conseils généraux, par une bonne articulation entre les différents services, notamment travail social et PMI, facilitée par la proximité entre service au sein des UTAS ;
- **une offre de service renforcée dans des territoires identifiés comme plus fragiles.** Sur ce second sujet, plusieurs pistes devraient être explorées :

En ce qui concerne les visites à domicile de la PMI, il s'agit d'avoir une offre suffisante pour pouvoir les multiplier si nécessaires. De nombreux travaux estiment que la visite à domicile a deux intérêts majeurs : permettre au professionnel d'avoir une approche globale en lui permettant de mieux connaître l'environnement social et les conditions de vie de la famille d'un côté, intervenir dans un contexte dans lequel les familles se sentent plus à l'aise et en confiance de l'autre. Des études montrent également que cette visite est mieux acceptée quand elle est faite par un professionnel de santé, surtout non médecin, que par un professionnel du travail social²⁸⁰. L'OCDE insiste sur le fait de pouvoir en offrir plusieurs en direction de familles en difficulté, ce qui pose la question des moyens disponibles²⁸¹.

²⁷⁷ Comme la recherche action effectuée à l'initiative de la Fédération des centres sociaux et socioculturels de France (FCSF). Voir Ovaere F et coll, *L'action sociale et la fonction parentale, Héritage et renouveau*, Cahiers de l'action n°13, juin 2007, Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP)

²⁷⁸ Selon l'enquête de l'UNAF, l'EPP a été proposé à moins de 40 % des femmes enceintes alors que toute femme, théoriquement, devrait se voir proposer cette prestation.

²⁷⁹ Cf. annexe consacrée à l'accueil du jeune enfant.

²⁸⁰ Cette visite, intégrant, en France, un objectif de santé voire de soins n'est pas du même ordre que la présence de travailleurs familiaux, offrant des prestations à domicile et pouvant, à certaines conditions, avoir un rôle d'accompagnement.

²⁸¹ Cf. annexe « accès à la prévention et aux soins ».

En ce qui concerne l'EPP, l'évaluation du plan périnatalité, les différentes enquêtes comme celles de l'UNAF, de même que les données récoltées par la mission lors de ses déplacements, montrent une couverture insuffisante et une pratique faite d'abord par les sages femmes hospitalières. Il faudrait que l'offre de soins qui est majoritairement en relation avec les populations plus modeste, soit, en sus de l'hôpital, les soins de premier recours, propose plus systématiquement un entretien prénatal précoce²⁸². L'articulation avec les difficultés repérées lors des déclarations de grossesse devrait être recherchée. Cette modalité a plusieurs conséquences :

- **une meilleure formation des médecins généralistes et particulièrement des équipes de premier recours dans les structures pluri-professionnelles** (maisons, pôles, centres de santé) via le dispositif de formation continue et la formation initiale pour les internes de médecine générale lors de leurs stages obligatoires en gynéco-obstétrique ;
- **une meilleure prise en charge de l'EPP par les professionnels de santé libéraux.** Une codification spécifique de cet acte a été prévue mais semble peu utilisée ;
- **une prise en compte de l'EPP dans les schémas ambulatoires prévus par la loi HPST,** notamment dans les zones cumulant les difficultés sociales et de santé ;
- **un renforcement des équipes de PMI dans les territoires repérés** de façon à pouvoir assurer EPP et visites à domicile répétées si besoin mais également actions collectives en lien avec les autres acteurs.

4.4. Renforcer le rôle des parents dans les milieux de vie de l'enfant

Les différents travaux portant sur la parentalité insistent sur l'importance de considérer les parents comme les partenaires des structures dans lesquels se trouvent leurs enfants. Plusieurs préoccupations sous tendent ce concept de « parents-partenaires » : permettre à l'enfant de garder une image valorisante de sa famille, ne pas entériner une rupture trop importante entre les différents lieux de vie des enfants, permettre aux parents de s'impliquer dans les différents aspects de la vie de l'enfant. Or, de nombreuses études montrent que, plus les familles sont modestes, plus elles ont du mal à trouver leur place dans les différents lieux de vie de leurs enfants – école, mais aussi modes d'accueil collectifs.

En sus des efforts déjà faits dans les politiques sectorielles concernées, une intensification de la prise en compte du rôle des parents pourrait être développée dans les structures en relation avec les familles ayant plus de difficulté. Plusieurs pistes peuvent être évoquées :

- **développer dans certains secteurs géographiques, des projets d'école innovants, offrant une ouverture plus grande aux parents.** Plusieurs types d'activités peuvent être imaginés : l'introduction des parents dans les activités pédagogiques, par exemple autour de la lecture et des contes à la bibliothèque de l'école, l'aménagement de locaux permettant un accueil le matin des parents et des enfants en présence de professionnels ayant du temps disponible, le développement d'activités communes avec le réseau de proximité, ouvertes sur le quartier (centre socioculturel du quartier, associations de proximité, qui sont en contact avec les parents,...), le déploiement d'actions spécifiques de soutien à la parentalité (REAAP) au sein de l'école, l'approfondissement du concept « parents-partenaires » dans les conférences pédagogiques de secteur,²⁸³ ...

Ces expériences, portées de façon contractuelle entre l'école et les collectivités locales mériteraient d'être suivies dans les projets d'académie. Un label « école, amie des parents » pour les établissements s'engageant à respecter une charte qualité, dont l'une des dimensions est celle d'une meilleure prise en compte du rôle des parents, pourrait être conçu ;

²⁸² Cf. annexe « accès aux soins ».

²⁸³ Les enseignants bénéficient de telles conférences, organisées par secteur géographique par les inspecteurs de l'éducation nationale et leurs conseillers pédagogiques.

- **systématiser de nouveaux outils dans les modes d'accueil du jeune enfant là où les parents sont les plus en difficultés** : référent de l'enfant et de sa famille, temps d'entretien individuel et collectif, intégration d'une représentation des parents dans les volets institutionnels, outils de liaison portant sur l'accueil mais également la préparation à la sortie...Ce « volet parentalité » pourrait faire l'objet de concertation avec les familles. De même qu'en milieu scolaire, différentes stratégies de participation des parents aux activités des enfants pourraient également être imaginées ;
- **mieux prendre en compte le travail pluridisciplinaire de la PMI et de la santé scolaire dans les structures concernées**. En particulier, les bilans systématiques prévus réglementairement pourraient évoluer, en sus de l'examen actuel²⁸⁴, vers un temps privilégié d'accueil et d'écoute des familles, dans la même optique que l'EPP ;
- **assurer de meilleures compétences aux professionnels y compris en adoptant des chartes qualité communes à l'ensemble des professionnels et bénévoles d'un même territoire**, reprenant les principes de base et adaptées au contexte local, selon les particularités sociales et culturelles.

Il ne saurait cependant pas y avoir un modèle unique, les dispositions devant s'adapter aux contextes locaux, aux types de difficultés et à leurs fréquences rencontrées par les familles.

Le renforcement des mesures de soutien dans certains territoires ne doit pas faire perdre de vue le fait que tout parent peut avoir, à un moment, besoin d'être soutenu dans sa fonction parentale. Réorienter les efforts, redéployer des équipes suppose de maintenir un niveau de vigilance permettant de repérer des difficultés individuelles quel que soit le milieu social et le territoire. C'est de fait ce qui est déjà pratiqué par nombre d'équipes en relation avec les enfants : le fait qu'un professeur d'école maternelle n'ait jamais vu les parents dans ses contacts réguliers ou lors d'événements particuliers comme les « journées portes ouvertes », le fait que le carnet de santé ne soit pas ramené par l'enfant au moment de la visite médicale, des propos voire des comportements présentés par les enfants constituent autant de signes qui peuvent orienter vers des parents potentiellement en difficulté et ce quel que soit le milieu social.

Cette vigilance bénéficierait probablement d'être partagée plus largement par les professionnels en contact avec les familles. On peut penser que la réorganisation de nombre d'équipes des conseils généraux en UTAS en est un élément facilitateur. Cela suppose cependant une sensibilisation des prestataires de service, un développement de compétences minimales (sensibilisation) et pour le moins, une information de tous les professionnels sur les lieux existants de soutien à la parentalité. L'optique est ici celle d'un travail social en réseau, dans un cadre déontologique rigoureux, la menace d'un contrôle social ne pouvant être occulté. Il ne revient pas à la mission d'approfondir cette thématique.

4.5. Soutenir le milieu associatif spécialisé dans la parentalité

Les actions soutenues par les REAAP ont plusieurs objectifs : mettre les parents en position d'acteurs, valoriser leurs compétences et favoriser les relations entre eux, afin qu'ils puissent faire émerger leurs propres réponses. Le professionnel y joue le rôle de tiers accompagnateur. Ces actions méritent d'être développées en particulier en direction de familles déjà en butte à des difficultés alimentant du stress psycho-social et ne favorisant pas une image positive d'eux-mêmes et de leur rôle de parent. Déjà mises en place dans certains départements, des expériences pourraient être généralisées, telles que :

- **l'apport d'ingénierie sociale** (étude des besoins, diagnostic éducatif et social, montage de projets, unification des référentiels, maîtrise des outils d'animation, procédures d'évaluation, adoption de charte qualité...). Cet apport devrait s'organiser au niveau supra local (voir les propositions transversales de la mission) ;

²⁸⁴ Cf. annexe « accès aux soins ».

- **la facilitation des procédures d'allocation de ressources** : les associations bénéficient de financements d'origines diverses, en général de la CAF, des conseils généraux, des collectivités locales. Une logique de guichet unique devrait être mise à leur disposition.

Dans une optique de réduction des inégalités sociales de santé, quelques pistes supplémentaires devraient être proposées :

- **renforcement des actions là ou il y a le plus de besoins** : ceci suppose de disposer d'une cartographie précise de l'implantation des LAEP ou des REAAP, ce qui n'est pas systématique, et de prendre en compte des données sociales et d'inégalités de santé chez les enfants dans la répartition des personnels et des réseaux. L'apport en termes d'ingénierie devrait également cibler les territoires les plus fragiles ou les plus isolés, souvent les plus démunis en termes d'opérateurs, afin de faciliter l'émergence de projets ;
- **insertion systématique dans le tissu local** en facilitant les interventions dans des lieux comme l'école, les lieux culturels comme les bibliothèques, les PMI, les accueils de loisirs. Ceci permettrait également de clarifier les complémentarités, voire, dans certains cas, les redondances entre différents types d'opérateurs.

4.6. Faire de la parentalité une préoccupation commune

Dans les activités quotidiennes des familles (professionnelles, culturelles, domestiques), des acteurs très variés (professionnels – de l'enseignant au médecin –, réseau de voisinage, tissu associatif,...) peuvent contribuer à l'accompagnement parental quand cela est nécessaire. Renforcer et faciliter l'exercice de la fonction parentale à partir d'un réengagement des acteurs de la société civile est une idée chère aux anglo-saxons, mais également de plus en plus présente en France²⁸⁵. Il s'agit de renforcer le soutien social dans la communauté y compris sur le volet de la parentalité. « *Il faut tout un village pour faire grandir un enfant*²⁸⁶ ».

Cette logique d'action suppose que le « soutien à la parentalité » soit intégré dans des politiques très variées, allant du logement à l'insertion économique. Il ne peut se construire que dans un espace d'acteurs qui se connaît et se confronte – donc dans un espace de proximité. C'est dans cet espace que pourraient se monter des formations entre acteurs d'horizons différents, l'organisation de débats et d'évènements autour de la parentalité, la circulation d'information de proximité sur les ressources existantes,...

Une telle proposition peut susciter des réserves d'ordre éthique tout à fait légitimes et ne pourrait être retenue que si elle correspondait à une demande des familles. D'où l'importance d'associer les familles à tout moment du processus, de l'étude des besoins à la conception d'actions.

4.7. Développer les compétences en y renforçant la prise en compte des conditions environnementales de la parentalité

Le débat concernant les « métiers de la parentalité » a été quelquefois soulevé lors des entretiens faits par la mission. De façon schématique, il pourrait se résumer de la façon suivante : faut-il créer un métier spécifique de soutien à la parentalité ou faut-il renforcer les compétences en la matière chez l'ensemble des professionnels et des bénévoles en contact avec les familles ? Nonobstant le fait qu'il y a des niveaux différents de compétences selon la typologie des interventions, la mission n'a pas voulu trancher ce débat. Il n'est en effet pas spécifique à une approche par les déterminants sociaux mais traverse toutes les problématiques liées à la petite enfance. Par ailleurs, la question nécessite une expertise que la mission n'a pas eu le temps de mener.

²⁸⁵ Voir la position de la Fédération des centres sociaux et socioculturels de France

²⁸⁶ Bordet J., « *Etre solidaires pour faire grandir les enfants. Expériences collectives dans les quartiers d'habitat social* » in Topique, revue freudienne, n°93-2005.

Il lui a semblé plus cohérent, dans le cadre de sa commande, d'insister sur l'introduction, dans la formation des professionnels en relation avec les familles, d'une meilleure prise en compte des conditions environnementales de l'exercice parental²⁸⁷.

Au niveau national, une première étape consisterait à faire le point sur les différents cadres de référence. Les cadres existants sont éparpillés entre différents lieux selon les acteurs et leurs secteurs professionnels : certains s'adressent aux associations spécialisées, d'autres aux enseignants, d'autres aux professionnels de santé... Même s'il est important que les spécificités des différents contextes institutionnels et professionnels soient prises en compte, elles gagneraient cependant à s'appuyer sur un socle commun et à ce que les échanges entre acteurs soient renforcés. Dans la perspective de la mission, les différents professionnels en contact avec les parents devraient être mieux sensibilisés aux déterminants sociaux, de façon à mieux adapter leurs exercices en s'appuyant sur les cadres internationaux et les dernières données de la recherche. C'est au niveau du centre de ressources préconisé dans le premier rapport que devrait s'organiser ces échanges, s'appuyant sur des principes d'action commun et s'adaptant à chacun des milieux professionnel et associatif concerné.

Au niveau local, il s'agit de s'accorder sur le sens, les termes, les enjeux. Plus que d'un métier, il s'agit d'un « fil rouge » assurant la cohérence des messages, l'évolution des attitudes professionnelles, qui pourrait s'organiser dans des réseaux de proximité en développant les échanges et l'analyse de pratiques, en débattant et élaborant des références communes, en approfondissant la connaissance des contextes environnementaux, des conditions de vie, de travail, de cultures...entre les acteurs d'horizon différent, associatifs et professionnels.

²⁸⁷ Voir Durning P, *quelle formation pour les travailleurs sociaux*, Lien social, n°541, août 2000. Il préconise une quadruple formation pour les travailleurs sociaux : clinique, technique, théorique et éthique.

ANNEXE N°8 - PIECE JOINTE N°1 : DEFINITION DE LA PARENTALITE

L'analyse de la littérature²⁸⁸ fait état de différents champs disciplinaires pour appréhender la notion de parentalité :

- le champ psychanalytique renvoie à « *l'ensemble des processus de maturation psychique propres à la fonction parentale* ». Ce sont surtout les échecs et problèmes associés à la parentalité qui sont étudiés, développant ainsi une « clinique de la parentalité » ;
- le champ sociologique fait davantage référence à un ensemble de fonctions sociales. Prenant en compte les mutations de la famille contemporaine, il met en avant la complexité et la diversité des fonctions parentales et différencie la parenté biologique de la parenté sociale ;
- le champ juridique tient peu de place et fait surtout référence à la fonction parentale dans les questions d'autorité parentale et de droits des parents ;
- le champ de l'action politique et sociale s'inscrit dans une logique d'interventions visant à soutenir les familles et à protéger les intérêts des enfants ;
- le domaine psycho-affectif a une signification plus restreinte et renvoie aux pratiques parentales mises en œuvre dans l'éducation des parents.

²⁸⁸ Lamboy B. *Soutenir la parentalité : pourquoi et comment, différentes approches pour un même concept*, Devenir, 2009/1 Vol. 21, p 31-60. L'article propose une synthèse des différents travaux scientifiques de la question. Cette partie de la note en reprend des extraits.

ANNEXE N°8 - PIECE JOINTE N°2 : DISPOSITIFS DE SOUTIEN A LA PARENTALITE

5. DISPOSITIFS SPECIFIQUES²⁸⁹

dispositifs	Objectifs	pilotage	Activités	Types d'actions	Nombre de bénéficiaires ou d'actions
REAAP (réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents)	Valoriser le rôle et les compétences des parents et favoriser les actions où les parents sont acteurs Faciliter l'accès des parents à l'information Promouvoir échanges et rencontres pour mutualiser les expériences	Comité national de soutien à la parentalité, décliné, au niveau départemental par des comités d'animation Le pilotage donne un rôle primordial à la CNAF, dans le cadre de la COG Etat-CNAF 2009-2012 Charte nationale des REEAP	Mise en synergie des différents dispositifs et des acteurs qu'ils soient institutionnels ou associatifs (73 comités en 2007) Moyens techniques : fonction d'animation du réseau : postes financés soit sur l'enveloppe dévolue aux REEAP, soit par l'un des partenaires du comité soit déléguée à une association. Varie de 0,1 ETP à 1,75 ETP selon les départements. ²⁹⁰ Lancement d'appel d'offre en direction des opérateurs d'actions de soutien à la parentalité, instruction et financement des actions	Actions d'animation : formation à destination des professionnels, des bénévoles, des parents- création ou maintenance d'un site internet-journées départementales- interventions d'experts- diffusion d'un journal des Reaap... Actions d'appui à la parentalité : groupes de paroles et d'échange- espaces ressources pour les parents- conférences débats- groupes d'activités de parents (théâtre, écriture...)-« universités populaires de parents »- actions de soutien aux parents d'enfants hospitalisés...	77 CAF pilotes ou co-pilotes 62 CAF impliquées dans l'animation <i>Chiffres 2009</i>

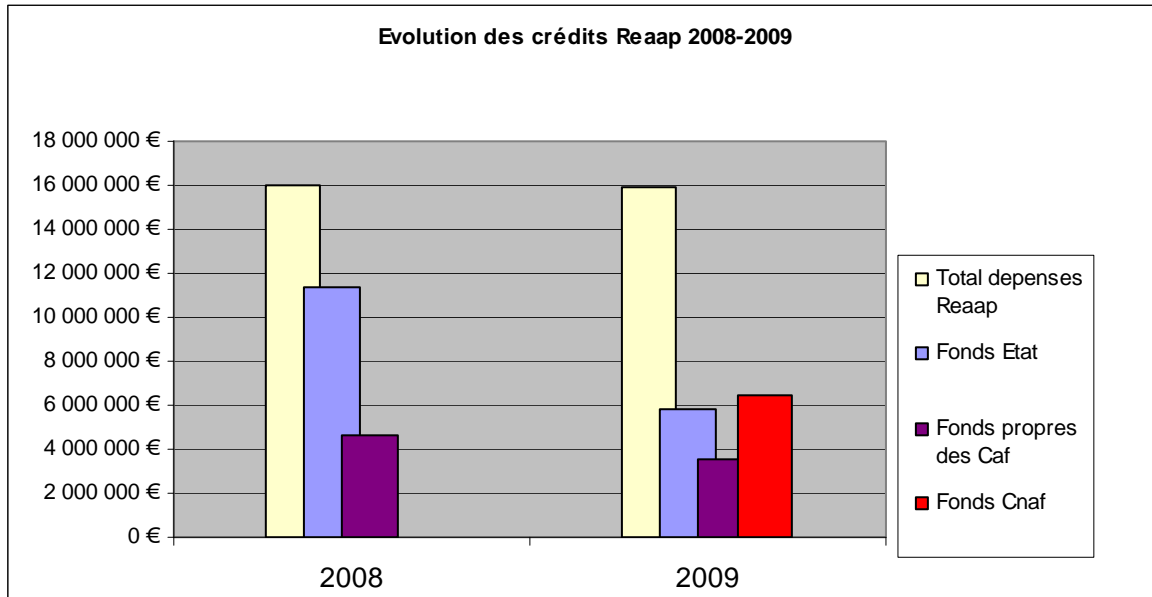
²⁸⁹ Ont été exclus du panorama les mesures destinées aux jeunes (à partir de 10 ans) essentiellement le conseil conjugal et familial, les maisons des adolescents, les comités d'éducation pour la santé et la citoyenneté (CESC) et les points d'accueil et d'écoute pour les jeunes (PEAJ). Ils sont cependant financés sur les mêmes enveloppes

²⁹⁰ ADSO (cabinet de consultant), *Evaluation qualitative des REAAP*, 2009. Il a été présenté lors du comité national de pilotage des Reaap du 14 septembre 2009.

<p>Accompagnement à la scolarité : les CLAS (contrats locaux d'accompagnement à la scolarité)</p>	<p>Compenser les inégalités dans l'accès à la culture et au savoir qui se creusent pendant les temps où les enfants et les jeunes ne sont pris en charge ni par l'école ni par les familles. Aider les élèves à mieux s'intégrer à l'école et restaurer le dialogue entre parents et école</p>	<p>Niveau national : DIF et Politique de la ville Comités départementaux (CAF, Etat, ACSE, collectivités territoriales)</p>	<p>Actions mises en œuvre en dehors de l'école par des accompagnateurs salariés ou bénévoles au sein d'associations</p>	<p>Aide aux devoirs et soutien méthodologique aux enfants Activités culturelles et artistiques Activités intégrant les familles</p>	<p>Année scolaire 2007-2008 : 216000 enfants bénéficiaires de 10190 actions CLAS 20695 intervenants rémunérés et 26408 bénévoles</p>
<p>Médiation familiale</p>	<p>Aider les parents à l'exercice de l'autorité parentale avec l'aide d'un tiers extérieur</p>	<p>Partenariat entre ministère de la justice et CNAF Protocole national Comité de pilotage départemental</p>	<p>Création de la prestation de service « médiation familiale » en 2006 Services de médiation familiale et création d'un diplôme spécifique de médiateur (en 2003)</p>	<p>Entretiens d'information collectifs ou individuels (demande spontanée des parents, orientation ou injonction par le milieu judiciaire) Mesures de médiation familiales : concernent les divorces et séparation, les conflits familiaux, les médiations intergénérationnelles</p>	<p>8196 réunions d'information collectives 40624 entretiens individuels 17359 mesures de médiation familiale <i>Chiffres 2010</i></p>
<p>parrainage</p>	<p>Construction d'une relation affective privilégiée instituée entre un adulte ou une famille mise en place à la demande des parents</p>	<p>Comité national de soutien à la parentalité</p>	<p>Charte du parrainage Guide du parrainage Fondé sur le bénévolat Porté par des associations et des services de parrainage</p>		

6. PRINCIPAUX DISPOSITIFS NON SPECIFIQUES

dispositifs	Objectifs	pilotage	moyens	Types d'actions	Nombre de bénéficiaires ou d'actions
Lieux d'accueil enfants-parents (LAEP)	En référence à la maison verte de Françoise Dolto Accueil des enfants de moins de 6 ans et leurs parents, dans le cadre de jeux et d'échanges pour favoriser la relation enfant-parent, de renforcer les identités, de valoriser les compétences parentales	Financement par la CAF : la prestation de service est calculée sur la base d'une ouverture annuelle de 500 heures. Il peut être complété par les collectivités territoriales. En 2007, la CNAF a financé à hauteur de 4,9 millions d'euros	« accueillants » professionnels ou bénévoles Convention avec la CAF sur la base d'un projet	Lieux ouverts dans lesquels les accueillants sont présents pour des temps conviviaux de jeux et d'échanges entre parents et enfants	960 LAEP existant en 2009
Points info famille (PIF)	Informier et orienter les parents notamment s'ils souhaitent s'engager dans une démarche de soutien à la parentalité	DIF Mis en place dans le cadre des REEAP	485 points info (en 2008) Services d'ampleur inégale : de la liste d'adresse au site internet Aide financière de l'Etat limité au démarrage et pas de budget récurrent pour les opérateurs		

ANNEXE N°8 - PIECE JOINTE N°3 : EVOLUTION DES CREDITS REAAP

Source : note de la Cnaf à la DGCS, 4 novembre 2010

ANNEXE N°8 - PIECE JOINTE N°4 : EVOLUTION DES FINANCEMENTS DES DISPOSITIFS DE SOUTIEN A LA PARENTALITE PAR LES CAF

Tableau 7 : Récapitulatif des financements accordés par la branche famille dans le cadre de sa politique d'appui à la parentalité

	Réel 2007	Réel 2008	Réel 2009
Fonction Parentale	48 589 487 €	53 230 368 €	57 822 041 €
Accompagnement scolarité	24 528 349 €	24 629 332 €	22 314 373 €
Médiation familiale	8 605 331 €	9 579 219 €	10 721 119 €
Laep	4 859 455 €	5 312 715 €	6 057 914 €
Reaap	3 799 355 €	4 640 584 €	10 064 175 €
Autres actions d'appui à la parentalité	4 772 911 €	6 361 187 €	5 858 126 €
Espace rencontre	1 170 087 €	1 581 410 €	1 781 679 €
Actions en faveur de l'assiduité scolaire	42 495 €	48 204 €	97 167 €
Lieux d'information des familles	811 504 €	1 077 717 €	927 489 €

Source : Cnaf : ventilation fonctionnelle d'action sociale de 2007-2009

ANNEXE N°8 - PIECE JOINTE N°5 : LA MSA ET LE SOUTIEN A LA PARENTALITE

Le soutien à la parentalité peut être résumé par deux chiffres : 700 000 € en 2010, 80 % des CMSA participent aux REAAP.

La CCMSA est engagée dans les REAAP et la médiation familiale (dans un contexte de très forte augmentation des divorces au cours de la période récente dans le monde agricole), et travaille sur ce sujet en interrégimes avec la CNAF, ainsi qu'avec l'Etat. Les principales actions qu'elle mène en la matière sont :

- la participation au plan pour le développement de la médiation familiale, et aux comités de médiation familiale de chaque département.
- la participation à la mise en place des Points Info-Familles (CAF/CG/associations) qui fournissent des informations sur les services et les aides aux familles, et dont beaucoup sont implantés en territoire rural ;
- la création d'une prestation de service pour cofinancer le développement de la médiation familiale, notamment en milieu rural, sur la base d'un partenariat avec la Fédération nationale des associations de médiation familiale ;
- le repérage des familles précaires, pour les intégrer dans les actions de droit commun des REAAP.

Une étude réalisée par la CCMSA sur l'implication des CMSA dans les REAAP a mis en évidence les éléments suivants :

- les actions les plus soutenues par les CMSA sont le soutien aux parents d'adolescents (14 % du total), les lieux ressources et d'information sur la parentalité (12 %), la prévention et l'appui aux familles fragiles (12 %), la prévention et l'éducation à la santé (10 %) et les relations familles-école (9 %) ;
- en termes de modalités d'action, les CMSA soutiennent majoritairement les conférences-débat (22 %), les groupes de parole (19 %), les groupes d'activité parents-enfants (15 %), les sorties en famille (10 %) et les lieux d'accueil (12 %).

Annexe n°9 : l'accès aux soins des enfants de 0 à 9 ans

1. L'ACCES AUX SOINS ET A LA PREVENTION

1.1. *La prise en charge de la grossesse varie selon les catégories socioprofessionnelles*

En 2010, 828 000 naissances ont eu lieu en France, ce qui correspond à un taux de fécondité de 2,01 enfants par femme en âge de procréer.

Le pourcentage des grossesses non déclarées est de 0,5 %. Les déclarations tardives ont augmenté entre 1998 et 2003, passant de 4,4 % à 4,9 % du total des grossesses : 4,3 % des grossesses sont déclarées seulement au second trimestre, et 0,5 % au troisième trimestre.

Selon l'enquête périnatale de 2003, 2,7 % des femmes enceintes sont sans couverture sociale au début de leur grossesse. Et 2,3 % des femmes disent avoir renoncé à des consultations ou des examens pour des raisons financières.

Les disparités dans le suivi de la grossesse sont très liées aux catégories socioprofessionnelles, au niveau d'étude et à la nationalité. Les femmes qui sont dans des situations précaires ont plus que les autres un moindre suivi de leur grossesse. Elles sont plus nombreuses à avoir eu moins de 7 consultations (21,5 % contre 7,9 % pour les autres femmes). Et le risque d'un mauvais suivi de la grossesse est multiplié par 4,3 pour les femmes étrangères ayant une couverture sociale et par 200 pour celles qui n'en ont pas.

Pourtant les femmes dans des situations précaires ont plus que d'autres des problèmes de santé pendant leur grossesse. Elles sont plus souvent hospitalisées (25,2 % contre 17,9 % pour les autres femmes) et le taux de prématurité à la naissance est plus élevé (8,5 % contre 6,2 % pour les femmes ayant des ressources provenant d'une activité professionnelle). Quand à la proportion des enfants de petit poids à la naissance, inférieur à 2,5 kg, elle est de 10,8 % pour les femmes en situation de précarité contre 7 % pour les autres.

1.2. *Le dépistage bénéficie moins aux enfants issus de milieux défavorisés, à la différence de la prévention vaccinale*

Les problèmes de santé des enfants issus de milieux défavorisés sont plus tardivement décelés que les autres. La conséquence est un retard de prise en charge qui peut entraîner une aggravation des troubles. Par ailleurs, tous les troubles dépistés ne sont pas systématiquement pris en charge (*cf. infra*). Les explications de ces retards de dépistage ne sont pas connues. Plusieurs hypothèses sont possibles :

- une mauvaise information des parents, qui sont moins conscients des risques courus par leurs enfants. Cette mauvaise information produit ses mauvais effets au-delà du dépistage lui-même, quand le dépistage opéré reste sans suite ;
- un mauvais accès aux soins pour des raisons économiques. On peut penser que les renoncements aux soins constatés au sein des populations socialement défavorisés en raison de la dépense que cela représente pour eux, se retrouvent aussi au détriment des enfants. Les enfants bénéficient de la couverture sociale de leurs parents. Les mêmes difficultés d'accès se retrouvent donc pour eux, notamment pour les soins mal remboursés,

tels les soins dentaires et les lunettes. La proportion des enfants consultants²⁹¹ dans les dispensaires tenus par Médecins du Monde est d'environ 10 %. Le plus souvent ce sont des enfants étrangers (86 %).

Or les enquêtes mettent en évidence une surreprésentation de certains problèmes de santé chez des enfants issus de catégories socioprofessionnelles défavorisées, ce qui renforce l'intérêt d'un dépistage efficace. Le tableau ci-dessous en donne deux illustrations, issues des résultats d'enquêtes.

Tableau 8 : Résultats du dépistage constatés pour deux problèmes de santé

Problème de santé	Résultats du dépistage
Troubles sensoriels Troubles de la vision	Une hypermétropie est dépistée pour 5,9 % des enfants de 6 ans scolarisés en ZEP, contre 4 % pour les autres enfants ²⁹² .
Santé bucco-dentaire Présence de deux dents cariées non soignées	Retrouvée chez 11 % des enfants de 6 ans dont les parents sont ouvriers, contre 2 % chez les enfants de cadres ²⁹³ ; Retrouvée chez 17 % des enfants de 6 ans scolarisés en ZEP, contre 6 % pour les enfants scolarisés hors ZEP ²⁹⁴ .

La couverture vaccinale est en revanche supérieure chez les enfants de 6 ans scolarisés en ZEP par rapport à celle des autres enfants, au moins pour certaines vaccinations.

Tableau 9 : Taux de couverture vaccinale des enfants de 5 à 6 ans selon que leur école relève ou non de l'éducation prioritaire (ZEP hors ZEP)

En %	DTP (4doses)	Coqueluche (4 doses)	Haemophilus influenzae b (Hib) (4 doses)	Rougeole (1 dose)	Rougeole (2 doses)	HépatiteB	BCG
ZEP	95,3	92,7	87	95,4	52,0	50,6	97,5
Non ZEP	96,6	94,9	89,9	93,1	43,3	36,0	96,2
Ensemble	96,4	94,5	89,2	93,3	44,3	37,8	96,5

Source : Enquête 2005-2006 auprès des enfants de grandes sections de maternelle. Champ : France entière.

On peut penser que cette meilleure couverture vaccinale des enfants issus de milieux sociaux défavorisés est due à l'action de la protection maternelle et infantile.

1.3. La situation particulière des enfants handicapés

Les enfants handicapés issus de milieux défavorisés sont moins que les autres maintenus à domicile et plus que les autres pris en charge en institution. Leurs handicaps sont moins importants que ceux des enfants n'appartenant pas à des milieux défavorisés quand ils sont en institution.

²⁹¹ La santé des enfants en situation de précarité, les inégalités sociales de santé. Communication de J. Cheymol et M. Berthier lors de la 5^e journée AREPEGE-Médecine et enfance le 11 septembre 2004.

²⁹² La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. Etudes et résultats. DREES N° 737. Septembre 2010.

²⁹³ Etudes DREES citée supra.

²⁹⁴ Etude DREES citée supra.

2. LE DISPOSITIF DE SOINS ET DE PREVENTION EN FAVEUR DES ENFANTS

La mission de surveillance et de dépistage de la santé des enfants avant la 6^{ème} année a été confiée dès l'origine (1945) à un système pluraliste d'offre de soins. Ce système relève à la fois de dispositifs publics comme la prévention maternelle et infantile, et du secteur libéral²⁹⁵.

Encadré : les examens recommandés et obligatoires de la grossesse à la neuvième année de l'enfant

1. Les consultations préventives autour de la naissance

- **la consultation prénatale** est recommandée, mais non obligatoire. Elle a lieu durant le 3^{ème} trimestre de la grossesse ;

- **l'entretien au 4^{ème} mois de la grossesse (appelé aussi entretien prénatal précoce)** doit notamment permettre de repérer les situations de vulnérabilité et d'orienter si besoin vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement individuel ou en couple. Prévu par le plan périnatalité 2005-2007 et systématisé en 2007²⁹⁶, cet entretien est conçu comme le point de départ de la préparation à la naissance et à la parentalité et est réalisé par une sage femme (le plus souvent) ou un médecin. D'une durée de 30 à 45 minutes, il est conçu comme un temps privilégié d'accueil et d'écoute. Cet entretien fait l'objet d'une cotation spécifique à la nomenclature des actes professionnels et a fait l'objet, dès 2005 de recommandations professionnelles par l'HAS²⁹⁷

- **la consultation néonatale** a lieu au 8^{ème} jour après la naissance et donne lieu à un certificat obligatoire transmis à la PMI.

2. Les examens dans la petite enfance

- des consultations sont recommandées, tous les mois jusqu'à 6 mois après la naissance ;

- une **consultation au 9^{ème} mois** est obligatoire. Elle fait l'objet d'un certificat transmis à la PMI.

- une consultation au 12^e mois de l'enfant est recommandée ;

- une **consultation à 2 ans** est obligatoire. Elle fait l'objet d'un certificat transmis à la PMI.

3. Les examens préventifs pendant l'enfance

- un bilan de santé est effectué entre 3 et 4 ans ; il est réalisé à l'école maternelle en général par les médecins de la PMI ;

- un second bilan de santé est réalisé entre 5 et 6 ans. Il est pratiqué en grande section de maternelle en général par les médecins de santé scolaire ; Ce bilan peut également être effectué par un médecin généraliste, des caisses de sécurité sociale adressant un bon de prise en charge à leurs usagers, ou par des services municipaux en concertation avec l'éducation nationale. C'est le cas dans 13 villes, dans lesquelles ce bilan est effectué par les services municipaux, en concertation avec l'inspecteur d'académie.

- un examen annuel recommandé entre 6 et 11 ans, ou au moins à 7, 9 et 11 ans

- un examen à la 8^{ème} année gratuit et non obligatoire, proposé par l'assurance maladie.

La structure de consommation de soins selon la classe sociale est peu connue pour les enfants.

On peut penser qu'elle varie en fonction de plusieurs facteurs, dont l'âge de l'enfant. En ce qui concerne la déclaration de grossesse, des données précises sont cependant apportées par les enquêtes nationales périnatales.

²⁹⁵ La description du dispositif ainsi que les données y afférent se sont particulièrement appuyées sur l'expertise collective de l'INSERM. : *Santé de l'enfant : propositions pour un meilleur suivi*, expertise opérationnelle, février 2009

²⁹⁶ Loi du 5 mars 2007 sur la réforme de la protection de l'enfance et Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité.

²⁹⁷ HAS, *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)*, Novembre 2005

Tableau 10 : Professionnels ayant déclarés la grossesse en 2004

selon la catégorie socioprofessionnelle	généraliste	spécialiste en ville	Spécialiste en PMI	spécialiste en maternité
sans profession (*)	38 %	21 %	5 %	31 %
Agriculteur	35 %	35 %	0 %	30 %
Artisan, commerçant	22 %	42 %	2 %	31 %
Cadre	11 %	64 %	0 %	23 %
prof intermédiaire, employé	22 %	48 %	1 %	28 %
ouvrier qualifié	32 %	31 %	3 %	32 %
ouvrier non qualifié	37 %	29 %	2 %	30 %

Source : DGS/INSERM/DREES enquête nationale périnatale 2003

Dans les milieux les plus modestes, la déclaration de grossesse est d'abord faite par les médecins généralistes.

2.1. Le dispositif pédiatrique

La pédiatrie est une spécialité médicale qui s'exerce en libéral et en milieu hospitalier.

2.1.1. L'exercice de la pédiatrie en cabinet de ville²⁹⁸

La place de la pédiatrie dans le suivi des enfants varie selon les pays. Dans certains pays, près de 75 % des enfants de moins de 6 ans sont suivis par des pédiatres (Grèce, Espagne, Suisse, Hongrie). Dans d'autres pays, où il n'y a pas de pédiatres installés en ville, les enfants sont suivis par des médecins généralistes (Royaume uni, Danemark, Pays-Bas).

En France, 50 à 60 % des enfants de moins de 2 ans voient un pédiatre. Ils peuvent toutefois être également pris en charge par le médecin généraliste (*cf. infra*). Le pourcentage de suivi par un pédiatre tombe ensuite à 20 %.

Des études de prescriptions comparatives entre pédiatres et généralistes réalisées par la CNAMTS en 2004 et par l'assurance maladie en Franche-Comté en 2005, montrent que les pédiatres, globalement ont, pour les enfants qu'ils suivent, de moindres prescriptions d'antibiotiques, de corticoïdes, d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, d'expectorants, de médicaments de la motricité digestive. Les pédiatres prescrivent en revanche plus que les généralistes de la vitamine D et du fluor qui assurent une meilleure prévention de la carie dentaire et du rachitisme. Le taux de vaccination pour le ROR et l'hépatite B est également plus élevé chez les enfants suivis par un pédiatre. L'interprétation d'une telle étude est difficile : un enfant peut en effet consulter le pédiatre pour un suivi notamment dans ses aspects de prévention sanitaire et un médecin généraliste ou l'hôpital dans le cas d'épisodes aigus.

2.1.2. L'exercice de la pédiatrie en milieu hospitalier

En milieu hospitalier, la pédiatrie est soit médicale soit chirurgicale. Elle s'exerce dans des CHU et dans des centres hospitaliers non universitaires. En milieu universitaire, les pédiatres peuvent être spécialisés dans la prise en charge de certaines pathologies (diabète, maladies rénales, cancer...), en néonatalogie, en réanimation.

Tous les hôpitaux publics doivent organiser un accueil des urgences pédiatriques. Dans certains cas, notamment dans les CHU, cet accueil est organisé au sein d'un service individualisé.

²⁹⁸ Source : Professeur Danièle SOMMELET. *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé*. Rapport remis au ministre de la santé 28 octobre 2006

2.2. *La médecine générale*

La part prise par les médecins généralistes dans le suivi de la santé des enfants est importante, tant en ce qui concerne le dépistage qu'en ce qui concerne la prise en charge.

En matière de dépistage, selon les statistiques de la DREES, 80 % des certificats du 9^{ème} mois ont été établis dans le secteur libéral en 2004, dans la majorité des cas par un médecin généraliste (53,7 % *versus* 45,6 % de pédiatres). Il en est de même pour l'examen obligatoire du 24^{ème} mois.

Les médecins généralistes assurent par ailleurs plus de 80 % de la prise en charge des enfants de plus de six ans et des adolescents²⁹⁹. Dans une étude menée en 2004 dans la région PACA, lors de l'année précédant l'enquête, 80 % des enfants scolarisés en CP et CE1 avaient consulté un généraliste, 24 % un pédiatre, 5 % un psychiatre.

Dépistage et prise en charge des enfants requièrent une formation adaptée ainsi qu'une collaboration entre médecins généralistes et pédiatres hospitalier et libéraux. Une première étape a été impulsée, la formation des internes en médecine générale ayant introduit un stage obligatoire en pédiatrie (ainsi qu'en gynéco-obstétrique). Les réseaux périnatalité (cf. *infra*) tentent de renforcer les collaborations. Par ailleurs des études se sont intéressées aux conditions de réalisation des dépistages de troubles chez l'enfant.

2.3. *Le dispositif pédopsychiatrique*

La pédopsychiatrie est organisée en secteurs géo-démographiques. Chaque équipe de pédopsychiatrie est pluridisciplinaire. Elle comprend des médecins psychiatres, infirmiers, psychologues, éducateurs, psychomotriciens, orthophonistes, assistantes sociales. Un secteur de pédopsychiatrie correspond à une population d'environ 210 000 habitants. Il dispose de différents modes de prise en charge allant de l'hospitalisation à la consultation et la visite à domicile.

2.4. *Le dispositif de médecine de prévention*

2.4.1. **La Protection maternelle et infantile (PMI)**

La PMI a été créée par l'ordonnance du 2 novembre 1945. Elle est une compétence décentralisée, relevant du Conseil Général. Dans chaque département est organisé un service de PMI dont le responsable est obligatoirement un médecin. Un service de PMI est composé de personnels pluridisciplinaires : médecins, infirmières, psychologues, assistantes sociales, sages-femmes. Les services de PMI s'adressent à toutes les femmes enceintes et à tous les enfants. Leurs interventions auprès des personnes ne donnent pas lieu à paiement de leur part.

En reprenant les termes du rapport de l'IGAS réalisé en 2006³⁰⁰, « les missions sont à la fois larges et variées : consultations, visites à domicile, actions collectives, recueil de données épidémiologiques, actions dans les domaines de la planification des naissances, de l'éducation à la sexualité, du suivi des enfants, de la surveillance sanitaire des enfants, du contrôle et du suivi des modes de garde. Elles concernent cinq publics prioritaires : les jeunes, les femmes enceintes, les enfants de moins de six ans, les enfants confiés à l'aide sociale enfance et les professionnels des modes de garde. Les textes font mention de femmes et enfants "requérant une attention particulière" et de « populations vulnérables et de quartiers défavorisés ».

Les données d'activité doivent être, conformément à l'article L.2112-2 du code de la santé publique, transmises chaque année au préfet par le président du conseil général puis adressées au niveau national. Dans les faits, on constate toutefois un très fort taux d'attrition des informations transmises, et un manque d'exploitation systématique par les services statistiques (DREES).

²⁹⁹ INSERM, *Santé de l'enfant : propositions pour un meilleur suivi*, expertise opérationnelle, février 2009

³⁰⁰ Rapport IGAS, 2006 Etude sur la protection maternelle et infantile en France

En 2005, les médecins de PMI étaient au nombre de 1 810 en équivalent temps plein³⁰¹, auxquels s'ajoutent des vacataires. Les sages femmes étaient au nombre de 803 équivalents temps plein pour la France métropolitaine.

Tableau 11 : Effectifs des services de PMI³⁰²

Catégorie professionnelle	1995	2003	2004
Nombre de médecins titulaires	521	1779	1910
Nombre de médecins vacataires	3 317	1 500	1 500*
Nombre de sage-femmes	554	699	712
Nombre de puéricultrices	3 151	3 670	3 736
Nombre d'infirmières	938	1 129	1 122

* Il ne s'agit pas d'équivalent temps plein mais d'effectifs

L'organisation est variable selon les départements. En 2004, les médecins de PMI étaient placés sous l'autorité hiérarchique directe du médecin coordonateur départemental dans 80 % des départements, les autres personnels étaient placés sous l'autorité hiérarchique directe du responsable territoriale dans 54 % des départements³⁰³.

Par ailleurs, les enveloppes budgétaires dévolues à la PMI et les données d'activité sont extrêmement variables selon les départements. Le rapport de l'IGAS mentionné ci-dessus pointe un certain nombre de ces disparités. En ce qui concerne les consultations prénatales, 48 départements n'assurent aucune consultation, alors que 10 départements dépassent très largement ces normes. Les écarts entre départements vont de 1 à 20 pour le nombre de sages-femmes et de 1 à 5,5 pour les puéricultrices. Ces disparités ne sont corrélées rigoureusement ni à des indicateurs de précarité ou de vulnérabilité ni à la densité médicale, et reflètent souvent la plus ou moins grande intensité de l'implication des élus départementaux dans ces politiques de l'enfance.

Au cours de la période récente, plusieurs études font état du manque de moyens des services de PMI. Bien que leurs effectifs aient globalement évolué depuis 1995, ils « sont marqués par des difficultés de recrutement et de fonctionnement, et connaissent des situations de sous-effectifs chroniques alors que certaines de leurs missions ont été renforcées récemment »³⁰⁴. Ces difficultés se traduisent notamment dans la diminution du temps que les services de la PMI parviennent à consacrer aux activités de promotion de la santé, à côté de leurs autres missions.

³⁰¹ Source : DREES.

³⁰² Tableau issu du rapport de l'IGAS en 2006, déjà cité (source DREES) Les données n'ont pas été exploitées depuis 2006

³⁰³ Odas, 2004.

³⁰⁴ Naves P et coll , ouvrage déjà cité. Le renforcement de leurs missions concerne l'agrément, le suivi et le contrôle de l'activité des assistantes maternelles, ainsi que l'agrément des assistants familiaux.

Tableau 12 : Activités de la PMI en matière de promotion de la santé des enfants³⁰⁵

	1985	1989	1991	1995	2003	2004
Lieux de consultations infantiles	6 527	5 724	5 490	5 329	4 890	4 615
Séances		258 000	258 100	251 500	233 287	223 847
Consultants			886 705	885 100	835 420	746 872
Examens	2 741 000	2 914 000	2 707 000	2 707 000	2 308 702	2 152 735
Visites à domicile puéricultrices et infirmières			1 000 071	1 075 433	700 189	737 916
Nombre d'enfants vus à domicile			409 139	520 176	439 009	455 760

2.4.2. La santé scolaire

La santé scolaire est une mission de l'Etat. Le personnel, médecins et infirmiers, est géré par l'Education Nationale. Il s'agit d'une médecine préventive. Les médecins de santé scolaire ont l'autorisation de prescription, étant inscrits à l'Ordre des médecins. Le ministère de l'éducation nationale précise ainsi qu'il leur est possible de rédiger la première prescription du bilan orthophonique d'investigation. Service infirmier et service médical ont été séparés en 1991. Les infirmières scolaires sont rattachées à un établissement et jouent un rôle de référent santé, de conseiller en matière de prévention et d'éducation à la santé et un rôle relationnel.

En 2005, on comptait 1 350 médecins titulaires de santé scolaire dont 120 conseillers techniques placés auprès du recteur ou de l'inspecteur d'académie, et 800 équivalent temps plein de médecins vacataires (soit plus de 2 000 médecins). On admet qu'un médecin de l'éducation nationale voit environ 1 200 élèves par an et est rattaché à un secteur médico-scolaire dont la population varie entre 6 000 à 10 000 élèves. Les infirmières de santé scolaire sont 6 519 équivalent temps plein et les psychologues scolaires 6 000.

Le bilan des 6 ans est une obligation légale et devrait être pratiqué pour tous les enfants. Selon un rapport de l'INSERM, le taux de couverture diminue toutefois nettement : 95 % en 1979-1980, 88 % en 1991-1992, 80 % en 2000. Il recouvre par ailleurs des disparités régionales et départementales importantes, avec des taux de réalisation variant entre 20 et 90 % selon les inspections d'académies.

Plusieurs facteurs expliquent cette difficile généralisation ainsi que les disparités constatées :

- **un nombre de médecins titulaires insuffisant.** Ils sont complétés par des médecins vacataires dont les formations sont hétérogènes et qui ont quelquefois des difficultés à s'impliquer sur le long terme ;
- **les difficultés de recrutement :** selon le rapport parlementaire sur la médecine scolaire annexé au projet de loi de finances pour 2011³⁰⁶, si en 1999, le pourcentage de postes pourvus au concours de médecins de l'éducation nationale est passé en dix ans de 92 % à 53 % (2009) ;
- **une augmentation du nombre de missions et du temps qui y est consacré :** suivi des élèves en difficultés, projet intégration d'élève handicapé PAI), examens à la demande... ;
- **un alourdissement du bilan** suite à l'introduction du dépistage des troubles du langage ;
- **une réduction progressive de la participation des infirmières scolaires** à la réalisation

³⁰⁵ Tableau issu du rapport de l'IGAS en 2006, déjà cité (source DREES) Les données n'ont pas été exploitées depuis 2006.

³⁰⁶ Bernier M. et Gaudron G, *Enseignement scolaire*, Avis présenté au nom de la commission des affaires culturelles et de l'éducation sur le projet de loi de finances pour 2011, N° 2859, Assemblée nationale

du bilan dans un nombre croissant d'académies.

Face à ces difficultés, les départements ont tendance à adopter une politique de dépistage ciblé, de façon plus ou moins explicite. Selon une enquête rapide réalisée fin 2005³⁰⁷, 71 % font un bilan systématique, et 29 % pratiquent un ciblage des élèves. Ce ciblage est effectué selon des modalités différentes :

- **soit individuel** auprès d'enfants dont des besoins en matière de santé ou d'adaptation scolaire ont été repérés à partir de la fiche de liaison remplie par la PMI, la fiche remplie par les parents la fiche remplie par les enseignants ou d'autres personnels (psychologues,...).
- **soit à partir de critères territoriaux** : ZEP, secteurs ruraux, zones urbaines sensibles,...
- **soit en donnant la priorité aux écoles publiques** par rapport aux écoles privées.

Le rapport parlementaire préconise de retenir le principe du dépistage ciblé, à la fois sur une base individuelle (repérage d'élèves en difficultés) et territoriale. C'est également la position défendue par l'association des médecins conseillers techniques de l'éducation nationale (ASCOMED) depuis plusieurs années.

Le recours aux soins après dépistage d'un trouble est un enjeu important. Il ne sert en effet à rien de dépister si ce premier repérage n'est pas suivi d'une prise en charge. Or, il a été évalué en 2002 à 35 % après le bilan de 6 ans fait à l'école, et, selon l'INSERM, il n'existe pas de données récentes sur l'évolution de ce taux. Ce retard à la prise en charge, variable d'une région à l'autre, pourrait être lié, selon différentes enquêtes, à une offre de soins insuffisante et au déficit d'organisation des filières. C'est par exemple le cas en ce qui concerne le recours à la pédopsychiatrie, le délai d'attente pour un premier rendez vous en centre médico-psychologique (CMP) pouvant atteindre plusieurs mois. Dans les milieux modestes, il peut également être lié à des difficultés d'accès aux soins d'ordre administratif, culturel, financier,... Des accompagnements personnalisés sont organisés par certaines CPAM ou en faisant appel à des associations (association La Colline dans le Nord par exemple).

2.5. *Les réseaux*

Les réseaux ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination et la continuité ainsi que l'interdisciplinarité des prises en charge. Les modalités de collaborations entre secteur libéral et hospitalier ainsi qu'avec la PMI voire la médecine scolaire peuvent prendre plusieurs formes : informations régulières et réciproques, participation aux discussions cliniques et réunions de synthèse, formation commune,... Ces professionnels se retrouvent à la commission régionale de la naissance, qui a évolué depuis peu en « commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant » et intègre des psychiatres, des médecins du secteur libéral et notamment des médecins généralistes mais également des puéricultrices, une représentation des ARS et renforce la présence des associations familiales.³⁰⁸

2.6. *Les programmes de prévention de la CNAMTS*

La CNAMTS développe des programmes de prévention spécifiques en direction des enfants. Le plus important porte sur la santé bucco-dentaire et s'intitule : « M'T Dents ». Il s'agit d'un

³⁰⁷ Cité par l'INSERM

³⁰⁸ Décret du 16 novembre 2010.

programme national prévoyant un dépistage de caries dentaires par un chirurgien dentiste, sans avance de frais.

Une modulation de l'action en fonction d'un gradient social est prévue et ceci grâce à des critères de segmentation. A partir d'une approche territoriale (écoles situées en zones défavorisées) mais également de requêtes individuelles (consommant/non consommant), sont proposés, en plus de la sensibilisation à la santé bucco-dentaire faite dans les classes, des relances et des accompagnements personnalisés jusqu'aux soins.

En conclusion de ce rapide tour d'horizon, il est possible de se référer aux tendances relevées par l'expertise de l'INSERM, même si les données restent parcellaires et difficiles d'interprétation :

- diminution dans le temps du taux de couverture des divers examens obligatoires
- augmentation de la part des généralistes par rapport aux structures de PMI
- augmentation du rôle des généralistes avec l'âge de l'enfant
- présence dès l'âge de 3 ou 4 ans de nombreux troubles sensoriels constatés à 6 ans
- importance des disparités géographiques
- survenue de ces phénomènes dans un contexte de baisse des moyens de la PMI comme de la santé scolaire depuis quelques années.

3. LES OUTILS DE SUIVI : CERTIFICATS DE SANTE ET CARNET DE SANTE

Trois certificats sont considérés comme particulièrement importants : au 8^{ème} jour, au 9^{ème} mois, au 24^{ème} mois de l'enfant. Ils sont délivrés aux parents avec le carnet de santé et sont standardisés (formulaires CERFA). Ils comprennent une partie administrative dont notamment des renseignements de type sociodémographique (PCS des parents, âge et niveau d'étude de la mère,...) et familiale (taille de la fratrie, ainsi que mode d'accueil de l'enfant), une partie médicale et des précisions concernant le médecin qui l'a rempli.

Ces certificats sont retournés sous pli confidentiel aux services de PMI. Un fichier informatique avec des données individuelles anonymisées remonte à la DREES. Le système, d'abord testé dans une vingtaine de départements a été mis en place au niveau national depuis 2005. Les données individuelles recueillies sur un échantillon anonyme pour l'ensemble des items figurant sur les certificats doivent permettre de réaliser des statistiques agrégées plus complètes. Mais l'exploitation informatique en reste insuffisante, et le taux de couverture ainsi que la qualité de remplissage des certificats est très variable. Différentes études notent ainsi « *d'assez fortes inégalités départementales, indépendantes du nombre de naissance* » dans la transmission des certificats, l'ensemble de ces problèmes résultant plutôt « *d'un manque de personnel et de l'absence de motivation du personnel médical* »³⁰⁹, le manque de motivation étant alimenté par l'insuffisance d'exploitation au niveau national selon des interlocuteurs de la mission.

Dans certaines régions ou départements, une exploitation locale des données est effectuée : c'est le cas de l'ORS du Limousin qui a fait ce travail suite à la demande du conseil général de Creuse, dans le cadre de l'élaboration de son schéma départemental de l'enfance. Les données sont présentées sous forme territorialisée mais ne sont pas discriminées socialement.

Depuis 2006, les organismes débiteurs de prestations familiales n'ont plus à exiger des familles les justificatifs de passation des examens.

Afin d'améliorer la qualité et l'exhaustivité de ces données, une expérience pilote de transmission dématérialisée est en cours sur plusieurs sites volontaires, associant des maternités, des réseaux de périnatalité, les services de protection maternelle et infantile du département et les

³⁰⁹ Roussey et col. 2005

services de l'Etat. Cette expérimentation est conçue autour d'une plate-forme d'échanges assurant de manière sécurisée la conversion des formats et le routage des certificats. Dans un premier temps, elle concerne uniquement le premier certificat de santé.

Le carnet de santé constitue le principal outil permettant un suivi en matière de surveillance médicale et de dépistage précoce. La dernière version date de 2006. Il est délivré gratuitement aux parents par la mairie ou la PMI. Il appartient aux parents, qui sont invités à le présenter lors des visites médicales mais n'y sont pas tenus. Les professionnels doivent y mentionner « *obligatoirement les résultats des examens médicaux obligatoires ainsi que toutes les constatations importantes concernant la santé de l'enfant* »³¹⁰. Selon les études recensées par l'INSERM, les médecins enregistrent les informations de façon lacunaires et le remplissage diminue avec l'âge de l'enfant. Il est quand même rempli à 100 % par la PMI, à 95 % par le pédiatre libéral (portant sur les CSE jusqu'à 54 mois).

Selon le Professeur Danielle SOMMELET, dans son rapport remis au ministre de la santé en 2006, « *l'enfant demeure orphelin d'une vision globale de l'organisation de sa politique de santé. Celle-ci n'est envisagée que verticalement autour de certaines thématiques; quand il s'agit d'une « politique » transversale (par exemple prévention, éducation pour la santé, santé mentale, prise en charge du handicap,...). La population a besoin de repères dans le parcours de santé qui doit être mis à la disposition de ses enfants. Les professionnels de santé doivent pouvoir s'investir dans une prise en charge globale portant sur la prévention, les dépistages, les soins, l'environnement socio-familial et, en fonction de leurs compétences, travailler en lien et en complémentarité avec les acteurs désignés par leurs savoirs spécifiques. Il ne suffit pas d'écrire dans un programme ou un plan ce qu'on devrait faire, mais il importe aussi de préciser quel(s) groupe(s) d'acteurs doit (doivent) faire quoi (organisation et coordination) ».*

³¹⁰ Article L. 2132-1 du CSP

ANNEXE N°9 - PIÈCE JOINTE N°1 : CONTENU DES DIFFÉRENTS EXAMENS AUTOUR DE LA NAISSANCE ET DANS LA PETITE ENFANCE

Sept examens obligatoires sont prévus au cours de la grossesse. S'y ajoutent plusieurs consultations spécifiques avant la naissance, autour de celle-ci et pendant les premières années de l'enfant.

1. Entretien du 4^{ème} mois de grossesse

- présenter le dispositif de suivi de la grossesse ;
- situer dans ce dispositif l'intervention des professionnels et préciser sa manière de travailler avec les autres professionnels ;
- anticiper les difficultés somatiques, psychologiques et sociales qui pourraient advenir ;
- compléter ou donner des informations sur les facteurs de risque, les comportements à risque et des conseils d'hygiène de vie ;
- encourager la femme ou le couple à participer aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

2. Consultation(s) prénatale(s), recommandée(s) mais non obligatoire(s) durant le 3ème trimestre de la grossesse

- anamnèse ;
- préparation à la naissance (en liaison avec les acteurs du réseau de périnatalité) ;
- repérage de difficultés socio familiales éventuelles ;
- connaissance des échographies et du diagnostic éventuel de malformation(s) et contribution aux décisions et conseils qui en découlent (en liaison avec les autres acteurs : obstétricien, pédiatre néonatalogiste, généticien, radiologue, sage-femme, psychiatre).

3. Consultation(s) néonatale(s)

Outre l'examen du nouveau-né au moment de la naissance, une consultation pratiquée au 8ème jour donne lieu à la rédaction du certificat de santé obligatoire (CS8) à transmettre au service départemental de la PMI. En raison de la sortie précoce de maternité, le CS8 est le plus souvent rempli à domicile. Il comprend les informations suivantes :

- grossesse et accouchement ;
- mensurations : poids, taille, périmètre crânien ;
- examen physique ;
- audition (dépistage systématique en cours d'expérimentation, sinon obligatoire en cas de facteurs de risque) ; réactions aux stimuli sonores ;
- information et réalisation des dépistages systématiques (phénylcétonurie, hyperthyroïdie, mucoviscidose, insuffisance surrénale, drépanocytose) ;
- BCG (selon contexte) ;
- conseils diététiques de puériculture : allaitement maternel, pesée, hygiène, couchage, prévention des accidents, bien-être.

4. Consultations recommandées tous les mois jusqu'à 6 mois après la naissance

- suivi de la croissance ;
- suivi des étapes du développement psychomoteur ;
- couleur des selles (dépistage de l'atrésie des voies biliaires) ;
- recherche d'anomalies visuelles ;
- réaction au bruit ;
- vaccinations ;
- allaitement maternel conseillé jusqu'à 4-6 mois, souvent interrompu en raison de la reprise du travail de la mère au 4ème mois ;
- conseils au moment du sevrage et de la diversification alimentaire ;
- conseils sur le mode d'accueil de l'enfant ;
- conseils de bientraitance et prévention des dysfonctionnements du couple mère-enfant ; mesures de soutien à la parentalité (si nécessaire).

5. Consultation du 9ème mois (deuxième certificat de santé obligatoire transmis à la PMI)

- les mêmes examens que précédemment ;
- attention particulière à l'audition et aux anomalies visuelles ;
- repérage des signes d'exposition au plomb et dépistage du saturnisme par plombémie à répéter à 12 et 24 mois si nécessaire.

6. Consultations au cours de la deuxième année

Deux consultations sont prévues sur le carnet de santé.

➤ *Consultation à 12 mois*

- repérage et dépistage du saturnisme ;
- indice de masse corporelle (IMC), courbe de corpulence à partir de 12 mois ;
- vision et audition ;
- conseils de prévention des accidents ;

A partir de 18 mois, une attention particulière est portée aux signes d'alerte pouvant faire évoquer un autisme et des troubles envahissants du développement ainsi que des troubles de l'activité et du déficit de l'attention : *prudence dans l'interprétation (pas de risque de stigmatisation), mais repérer les signes de souffrance psychique.*

➤ *Consultation à 2 ans donnant lieu au troisième certificat de santé obligatoire, transmis à la PMI*

- dépistage du saturnisme si facteur de risque et non fait précédemment ;
- évaluation de l'audition et du langage ;
- anomalies visuelles ;
- évaluation des compétences sociales : *même prudence que précédemment.*

7. Bilan de santé entre 3 et 4 ans

Cette consultation est réalisée à l'école maternelle par les médecins et les puéricultrices de PMI ; elle peut être également pratiquée en milieu libéral.

- examens identiques aux consultations précédentes, sauf recherche du saturnisme ;
- vision : tests objectifs ;
- audition : audiométrie tonale, sinon jeux sonores de Moatti ;
- langage oral et écrit ;
- examen bucco-dentaire.

8. Bilan de santé entre 5 et 6 ans

Voisin du bilan réalisé par la PMI à 3 à 4 ans, il est pratiqué en grande section de maternelle par les médecins scolaires. Il comporte :

- un examen somatique (obésité) ;
- le dépistage des troubles visuels, auditifs, cognitifs et du langage ;
- l'étude du développement psychomoteur ;
- le comportement social ;
- la couverture vaccinale ;
- l'évaluation des conditions de vie.

9. Consultations entre 6 et 11 ans

Un examen annuel ou, au moins, à 7, 9 et 11 ans est recommandé, sachant que seul l'examen de la 8ème année est gratuit, mais non obligatoire.

- examen physique, poids, taille, IMC, courbe de corpulence, statique vertébrale, problèmes respiratoires (asthme) ;
- début du développement pubertaire ;
- contrôle des vaccinations ;
- habitudes alimentaires, hygiène de vie, pratique du sport ;
- mesure de l'acuité visuelle ;
- évaluation de l'audition (audiométrie tonale) en fonction des antécédents et des examens antérieurs ;
- insertion scolaire ;
- environnement familial ;
- recherche de troubles des apprentissages ;
- repérage de troubles du comportement ;
- examen bucco-dentaire par un chirurgien-dentiste, pris en charge par l'Assurance Maladie à 6 ans, ainsi que les soins éventuels.

ANNEXE N°9 - PIECE JOINTE N°2 : LES MISSIONS DE LA PMI***1. En faveur des futurs parents : planification et éducation familiale***

- l'information et les aides aux femmes et aux couples afin de maîtriser leur fécondité et prévenir les naissances non désirées ;
- l'orientation vers les centres de planification et d'éducation familiale : contraception, conseil conjugal) ;
- la participation à l'application de la réglementation sur l'interruption volontaire de grossesse ;
- la contribution au dépistage et au traitement des infections sexuellement transmissibles.

2. En faveur des femmes enceintes

- la déclaration et le suivi de la grossesse (examens obligatoires) ;
- le repérage et la prévention des risques périnataux et des pathologies de la grossesse ;
- les actions préventives à domicile et dans les structures d'accueil des mères ;
- la collaboration avec les médecins traitants, spécialistes de la naissance, travailleurs sociaux, psychologues.

3. En faveur de la petite enfance

- la préparation à la naissance (sages-femmes) ;
- la surveillance à domicile précoce : écoute, soutien à l'allaitement maternel, réassurance, conseils de puériculture, soutien à la parentalité ;
- la réalisation gratuite et ouverte, pour tous les enfants de moins de 6 ans, des consultations de suivi incluant les examens obligatoires (20 examens de 0 à 6 ans), dans les centres de PMI et à l'école maternelle. Orientation des enfants suspects ou porteurs de handicap(s) vers les spécialistes, les centres de ressources (troubles du langage) et structures appropriées (CAMSP, CMP...) ;
- la proposition de lieux d'éveil et d'actions centrées sur la socialisation (parents et enfants) ;
- le suivi à domicile (puéricultrices ou assistantes sociales) *des enfants adoptés*, afin d'évaluer leur adaptation à leur nouveau milieu de vie ;
- bien que cette mission soit confiée à l'ASE (Loi du 10 juillet 1989), rôle important dans la *prévention de la maltraitance* de 0 à 18 ans : dépistage, suivi des situations à risque, signalement si nécessaire, actions d'information des usagers et de formation des professionnels ;
- l'évaluation de l'état de santé et le suivi des enfants accueillis par l'ASE.

4. En faveur de l'accueil des jeunes enfants

- participe à l'évaluation des besoins des structures d'accueil pour tous les enfants de moins de 6 ans et en contrôle l'organisation, le fonctionnement et l'aménagement des locaux.
- avis sur l'agrément des Assistantes Maternelles, organisation de leur formation.

5. *Epidémiologie*

- assure le recueil et le traitement de deux types de données : sur les activités du service et sur la situation sanitaire départementale et nationale ;
- contribue à la diffusion et au renseignement des documents suivants : certificat prénuptial, carnet de santé de maternité, carnet de santé de l'enfant, certificats de santé.